



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - UnB
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS - IH
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL - SER

VIOLÊNCIA CONTRA O IDOSO

**O PAPEL ATUAL DO ASSISTENTE SOCIAL NO ATENDIMENTO DAS
DEMANDAS EM CASOS DE VIOLÊNCIA CONTRA O IDOSO NO
HOSPITAL REGIONAL DO PARANOÁ**

ANA CAROLINA NUNES RENAULT

BRASÍLIA, OUTUBRO DE 2012

ANA CAROLINA NUNES RENAULT

VIOLÊNCIA CONTRA O IDOSO

**O PAPEL ATUAL DO ASSISTENTE SOCIAL NO ATENDIMENTO DAS
DEMANDAS EM CASOS DE VIOLÊNCIA CONTRA O IDOSO NO
HOSPITAL REGIONAL DO PARANOÁ**

Trabalho de Conclusão do Curso - TCC, apresentado como requisito parcial para obtenção do grau de bacharel no curso de Serviço Social da Universidade de Brasília, UnB, sob a orientação da Prof. MSc. Marlene de Jesus Silva Santos.

BRASÍLIA, OUTUBRO DE 2012

ANA CAROLINA NUNES RENAULT

VIOLÊNCIA CONTRA O IDOSO

O PAPEL ATUAL DO ASSISTENTE SOCIAL NO ATENDIMENTO DAS DEMANDAS EM CASOS DE VIOLÊNCIA CONTRA O IDOSO NO HOSPITAL REGIONAL DO PARANOÁ

Trabalho de Conclusão do Curso- TCC, apresentado para
obtenção do grau de bacharel no curso de Serviço Social
da Universidade de Brasília, UnB.

Orientadora: Prof. MSc. Marlene de Jesus

Brasília, 10 de outubro de 2012

BANCA EXAMINADORA

Prof. Msc. Marlene de Jesus Silva Santos- Orientadora- Departamento de Serviço Social da
Universidade de Brasília

Prof. Dra. Karen Santana de Almeida Vieira- Departamento de Serviço Social da
Universidade de Brasília

Isabella Telles Kahn Stephan – Assistente Social e Coordenadora do Programa Girassol do
Hospital Regional do Paranoá

AGRADECIMENTO

É importante considerar que um trabalho de conclusão de curso não é fruto de rápidas reflexões; é fruto, na verdade, do esforço contínuo de longos quatro anos de graduação. E é impossível negar que neste caminho que eu percorri, sempre fui muito bem acompanhada. E a essas pessoas, agradeço profundamente.

Agradeço, particularmente:

À minha orientadora, Marlene de Jesus, por ter realmente me orientado nesta jornada. Foram dela que vieram as maiores contribuições para este trabalho, e a maior solidariedade quando percalços surgiram durante esta pesquisa;

À assistente social Isabella Kahn, que foi uma grande supervisora de estágio dentro do Hospital Regional do Paranoá, e, além disso, foi uma grande colaboradora deste projeto. Sem ela, a maioria das minhas inquietações não teria surgido, e muito menos, sido debatidas. A sua paixão conseguiu, com toda certeza, contagiar a minha formação profissional;

À minha família, que me acompanhou nesse processo longo e nem sempre fácil, e me apoiou incondicionalmente. Tenho que agradecer especialmente à minha mãe, que sempre foi e sempre será meu modelo de mulher e assistente social;

Ao Lucas, por estar do meu lado em todos os momentos, e muitas vezes me fazer ter a calma e a paciência para continuar em frente, e me apoiar em todos os aspectos da minha vida;

Aos meus colegas de graduação, que sempre me incentivaram a vencer os obstáculos, e sempre estiveram disponíveis para discutir o Serviço Social. Foi de vocês que veio a maior parte das soluções dos meus problemas. Importante lembrar a minha querida amiga Vanessa Araujo, que me acompanha nesta jornada desde o nosso início de graduação. Obrigada pela atenção, pelo companheirismo e pela força;

A todos os funcionários do Hospital Regional do Paranoá que estiveram envolvidos no meu processo de aprendizagem e que me ensinaram a importância de uma atuação ética e comprometida com o bem-estar do usuário;

À assistente social Lana Timmo, que foi minha supervisora de estágio por um breve período, mas marcou de forma intensa a minha formação profissional. Agradeço pelo seu

ponto de vista crítico, que me ensinou a importância de questionar a sociedade e me tornar uma pessoa e assistente social melhor.

À Secretaria Executiva Psicossocial do Ministério Público do Distrito Federal e Territórios, que me acolheu e incentivou nesse processo, além de ter contribuído muito para a construção deste trabalho de conclusão de curso;

A todo o departamento de Serviço Social, em especial aos professores que passaram pela minha graduação, pois todos eles, de alguma forma, ajudaram na construção deste trabalho de conclusão de curso;

E, finalmente, às minhas queridas amigas Beatriz, Carolina, Ingrid, Marianah, Marselhe, Renata e Tamires. São tantos anos juntas que seria impossível não dizer que cada uma de vocês teve participação em cada uma das minhas vitórias. Esta não seria diferente.

EPÍGRAFE

“Tão velho estou como árvore no inverno,
vulcão sufocado, pássaro sonolento.
Tão velho estou, de pálpebras baixas,
acostumado apenas ao som das músicas,
à forma das letras.

Fere-me a luz das lâmpadas, o grito frenético
dos provisórios dias do mundo:
Mas há um sol eterno, eterno e brando
e uma voz que não me canso, muito longe, de ouvir.

Desculpai-me esta face, que se fez resignada:
já não é a minha, mas a do tempo,
com seus muitos episódios.

Desculpai-me não ser bem eu:
mas um fantasma de tudo.
Recebereis em mim muitos mil anos, é certo,
com suas sombras, porém, suas intermináveis sombras.

Desculpai-me viver ainda:
que os destroços, mesmo os da maior glória,
são na verdade só destroços, destroços.”

Cecília Meirelles, in *Poemas* (1968)

RESUMO

Este trabalho de pesquisa se propõe a estudar o papel do assistente social no programa de atendimento a idosos vítimas de violência no Programa de Pesquisa, Assistência e Vigilância às Violências- PAV do Hospital Regional do Paranoá. A escolha do tema justifica-se pelo fato de se acreditar que a atuação do assistente social é potencialmente diferenciada, à medida que atua na totalidade do indivíduo, através da garantia dos direitos sociais. No entanto, observa-se que neste contexto, há impasses na atuação do assistente social, considerando que existem falhas no fluxo de atendimento que dificultam o encaminhamento do caso para o assistente social. Desta forma, foi realizado um estudo qualitativo com os profissionais para se investigar as dificuldades de implementação do devido fluxo de atendimento e qual a visão destes profissionais sobre a atuação do assistente social. Concluiu-se, a partir deste estudo, que falta sensibilização dos profissionais quanto à importância do preenchimento da ficha de notificação, além de melhor estrutura física e de recursos humanos no atendimento aos idosos.

PALAVRAS-CHAVE

Serviço Social, Idoso, Violência, Direitos Sociais.

ABSTRACT

This research paper proposes to study the function of the social worker in caring for elderly victims of violence and who were referred to the Regional Hospital of Paranoá. This demand is justified by the fact that they believe that the performance of this professional has the potential to be differentiated and act on the context of the individual, through the guarantee of social rights. However, it is observed that in this context, the function of the social worker has not been effective because there are gaps in service flux that hurt the referral of the case to a social worker. Therefore, a qualitative study was conducted with professionals to investigate why the service flux is not working properly and what is the vision of these professionals about the duty of social worker. It was concluded from this study that it is needed that the professionals become aware about the importance of filling out the questionnaire, along with better physical infrastructure and human resources in elder care.

KEY-WORDS

Social Work, Elderly, Violence, Social Rights.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS- Centro de Atendimento Psicossocial

CEP- Comitê de Ética e Pesquisa

CRAS- Centro de Referência em Assistência Social

CREAS- Centro de Referência Especializado em Assistência Social

FEPECS- Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde

GEDANT- Gerência de Doenças e Agravos de Doenças Não Transmissíveis

HRPA- Hospital Regional do Paranoá

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INSS- Instituto Nacional de Seguro Social

LOAS- Lei Orgânica de Assistência Social

MPDFT- Ministério Público do Distrito Federal e Territórios

NEPAV- Núcleo de Estudos e Programas para os Acidentes e Violências

OMS- Organização Mundial de Saúde

PAV- Programa de Pesquisa, Assistência e Vigilância às Violências

PNI- Política Nacional do Idoso

PNSI- Política Nacional de Saúde do Idoso

PRODIDE- Promotoria da Pessoa Idosa e da Pessoa com Deficiência

SES-DF- Secretaria de Saúde do Distrito Federal

SINAN- Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SUMÁRIO

Introdução	Página 10
I- O estigma do envelhecimento e a potencialidade de atuação do assistente social neste processo	Página 16
II- A violência e a atuação do assistente social no Programa Girassol	Página 30
III- Os limites e possibilidades da atuação do assistente social no Programa Girassol	Página 42
Considerações finais	Página 60
Referência bibliográfica	Página 66
Anexos	Página 70

INTRODUÇÃO

O fenômeno do envelhecimento no Brasil é algo que supostamente deveria ser reconhecido positivamente, haja vista estar inter-relacionado com a suposta melhoria de vida dos brasileiros. Segundo dados do Censo Demográfico do IBGE referente ao ano de 2010, a expectativa de vida atual do brasileiro é de 73,4 anos, enquanto que no ano de 1980 era de 62,57 anos¹.

Porém, esses mesmos números que afirmam o envelhecimento populacional não é fonte de comemoração para todos. Para alguns, o processo de envelhecimento pode significar apenas mais tempo de luta e prolongamento do período de exploração em uma sociedade de natureza excludente.

O que se observa, na realidade, é que o envelhecimento é frequentemente analisado somente como uma das expressões do aumento da expectativa de vida e da diminuição da taxa de natalidade, tendo em vista que as condições de vida não melhoraram, como afirmam Berzins (2003) e Berger (1994); na verdade, no cenário contemporâneo, o idoso se tornou uma figura estigmatizada.

A figura do idoso como uma pessoa afastada da sociedade é fruto de uma série de configurações sociais e econômicas desenvolvidas ao longo da história e que hoje culminaram na exclusão social daqueles que não mais contribuem para com sociedade da mesma forma que o faziam quando ainda eram jovens.

Esta exclusão social é fruto do modo de sistema econômico vigente na sociedade que exclui os que não mais produzem, pois sistemas baseados na exploração do indivíduo criam sobre o idoso uma visão estereotipada, devido a uma noção de improdutividade e, a consequente exclusão, como defendem Lessa (2004) e Lobato (2004).

Esta tendência acaba por incentivar na sociedade atual um movimento dos mais jovens de não admitir o envelhecimento, tendo em vista o estigma de que envelhecer é um processo que acarreta vulnerabilidade física, psicológica e social.

Contudo, vale ressaltar também que paralelo ao mesmo sistema econômico que gera estas exclusões, existe um movimento político que lutou para conseguir (e conseguiu)

¹ Dados referentes ao censo demográfico de 1980 do IBGE.

importantes avanços no que se refere aos direitos dos idosos, principalmente nos que concernem ao enfrentamento de diversos tipos de violência.

Neste trabalho de conclusão de curso, o objetivo principal é demonstrar a potencialidade profissional dos assistentes sociais no que diz respeito ao enfrentamento da violência contra a pessoa idosa e garantia dos direitos preconizados pelo Estatuto do Idoso.

O campo de estudo desse trabalho se deu através da pesquisa no Programa de Pesquisa, Assistência e Vigilância às Violências, chamado de Programa Girassol, do Hospital Regional do Paranoá, que possui como objetivo realizar o atendimento psicossocial de crianças, adolescentes, mulheres e idosos vítimas de violência, visando diminuir, através de ações integradas, a morbimortalidade por violências em sua regional de atuação.

Na portaria nº 141 de 17 de Julho de 2012 do Diário Oficial do Distrito Federal, são definidas como atribuições dos Programas de Pesquisa, Assistência e Vigilância às Violências:

- I. Prestar assistência em uma abordagem biopsicossocial e interdisciplinar às pessoas em situação de violência;
- II. Elaborar e divulgar material educativo e informativo relativo às ações de promoção, prevenção e atendimento na temática violência;
- III. Realizar capacitação para os profissionais de saúde e outros parceiros da Rede de proteção e responsabilização para as ações de promoção, prevenção, atendimento, notificação e encaminhamento interinstitucional e intersetorial;
- IV. Elaborar projetos, protocolos e fluxos para otimização do serviço;
- V. Assessorar, supervisionar e monitorar o preenchimento realizado pelos profissionais de saúde das fichas de notificação instituída pelo Ministério da Saúde e cumprir os fluxos de encaminhamentos estabelecidos;
- VI. Realizar levantamento, organização e análise de dados estatísticos e epidemiológicos mensalmente e dar conhecimento à gestão, profissionais de saúde e comunidade;
- VII. Promover a articulação da Rede de proteção e responsabilização local;
- VIII. Supervisionar os serviços de saúde que executam ações relacionadas ao atendimento de pessoas em situação de violência no âmbito da regional;
- IX. Realizar pesquisas para produção de conhecimento referente às situações de violência;
- X. Estimular a participação social e promover ações de mobilização nos diferentes segmentos sociais e institucionais para o enfrentamento à violência no âmbito da regional.

A problemática da pesquisa surgiu durante o estágio supervisionado nesse campo, onde foi observado que o número de fichas de notificação preenchidas pelos demais setores do hospital, bem como pelas unidades de saúde da regional referentes aos casos de violência contra o idoso era baixo, quando em comparação com a de crianças, adolescentes e mulheres.

A Ficha Individual de Notificação de Violências (vide anexo) é um documento distrital instituído pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação da Secretaria de Saúde do DF, construído a partir de legislação federal, entre eles o artigo 19º do Estatuto do Idoso, que determina como obrigatória a notificação de casos suspeitos ou confirmados de violência.

Tendo em vista que o preenchimento da ficha de notificação é o principal instrumento de registro de casos de violência, propôs-se estudar, em um momento inicial, por que essa ficha de notificação não estava sendo preenchida nos casos de violência contra os idosos, e quais as consequências deste não preenchimento na garantia dos direitos sociais destas vítimas.

Partindo do estudo do fluxo de atendimento é que se chegou à conclusão de que uma das maiores consequências do não cumprimento do fluxo e o consequente não preenchimento da ficha de notificação, é que os casos de violência contra o idoso muitas vezes não chegam ao assistente social no Núcleo de Serviço Social do HRP ou ao assistente social que atua no Programa Girassol, o que pode acarretar numa grande possibilidade de o idoso não ter o seu direito de proteção integral garantido.

Uma hipótese para esse fenômeno é que os profissionais de saúde que realizam o primeiro contato com as vítimas de violência possuem medo de preencher a ficha de notificação por diversos motivos, como por exemplo, de sofrer represálias por parte do agressor.

Destaca-se também a concepção hierarquizada do médico, que acaba por contribuir com a hiper valorização desse profissional e centralizar a atuação dentro do hospital nesse profissional, menosprezando a atuação do assistente social.

Sendo assim, figurou-se como pergunta de pesquisa deste projeto: *“Como se caracteriza o papel atual do assistente social no atendimento das demandas em casos de violência contra o idoso no Hospital Regional do Paranoá?”*, sendo o objetivo geral deste

trabalho de conclusão de curso analisar o atual papel do assistente social no atendimento das demandas de idosos vítimas de violência no Hospital Regional do Paranoá.

Foram definidas como formas de se chegar a este objetivo: 1) conhecer em profundidade o fluxo de atendimento a idosos vítimas de violência, 2) a realização do mapeamento dos locais que recebem as demandas referentes à violência contra o idoso e do fluxo de atendimento ao idoso vítima de violência no Hospital Regional do Paranoá, 3) o estudo da relação entre o preenchimento da ficha de notificação e o fluxo de atendimento ao idoso vítima de violência 4) a apuração do papel do médico no acolhimento ao idoso vítima de violência 5) traçar o perfil do idoso vítima de violência no Hospital Regional do Paranoá, analisar os atuais desafios do assistente social no âmbito da violência contra o idoso na área da saúde e o contexto cultural do Brasil e qual a sua ligação com o atual tratamento destinado aos idosos vítimas de violência que vivem em Brasília.

A primeira etapa deste trabalho consistiu no levantamento da bibliografia pertinente, tendo como eixos temáticos o envelhecimento, a saúde, a violência e a atuação do assistente social no enfrentamento à violência.

Após a consolidação de conceitos foi que se deu o início à discussão sobre o que era relevante para a pesquisa, para enfim ir a campo realizar a coleta de dados.

Para tanto, foi escolhida a pesquisa qualitativa, que segundo Creswell (2010, p. 26) “é um meio para explorar e para entender o significado que os indivíduos ou os grupos atribuem a um problema social ou humano”.

A escolha por essa forma de pesquisa se deu, pois o objetivo da pesquisa qualitativa é definido por Minayo (2010, p. 22) como o ato de aprofundar no mundo dos significados. Esse nível de realidade não é visível, precisar ser exposta e interpretada, em primeira instância, pelos próprios pesquisados.

Sendo assim, foi realizada uma coleta de dados através de entrevistas, nas quais a fala dos profissionais de saúde foi analisada com o objetivo de entender o fluxo de atendimento prestado aos idosos vítimas de violência e, mais especificamente, o papel do assistente social nesse fluxo de atendimento.

Foram realizadas cinco entrevistas: duas com assistentes sociais – sendo uma delas lotada no Programa Girassol e a outra no Núcleo de Serviço Social – outra com o psicólogo

do Programa Girassol, outra com a enfermeira que atua na área de geriatria do Hospital Regional do Paranoá, e por fim, uma entrevista com a médico da área de reumatologia do Hospital Regional do Paranoá, que também exerce o cargo de chefe da residência médica na instituição.

Estas entrevistas foram feitas pessoalmente, individualmente, dentro do ambiente de trabalho dos próprios entrevistados, sendo informados antes do início da entrevista de todos os seus direitos, e ainda receberam as orientações por escrito através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (vide anexo).

As entrevistas foram realizadas de forma semi-estruturada, por meio do seguimento de um roteiro de entrevistas (vide anexo).

É importante frisar que não houve entrevista com idosos vítimas de violência, nem o acesso aos seus prontuários, pois o foco de pesquisa está nos profissionais de saúde que atuam no atendimento desses idosos e, em especial, no assistente social. Além disso, é importante destacar que este projeto passou pela avaliação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da FEPECS- Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde, e foi devidamente autorizado.

Também foi escolhida como estratégia qualitativa o uso da observação participante, que se trata não somente do ato de observar e entender um fenômeno, mas de examiná-lo de perto.

Minayo (2010, p. 23) define observação participante como:

Um processo pelo qual um pesquisador se coloca como observador de uma situação social, com a finalidade de realizar uma investigação científica. O observador, no caso, fica em relação direta com seus interlocutores no espaço social da pesquisa, na medida do possível, participando da vida social deles, no seu cenário cultural, mas com a finalidade de colher dados e compreender o contexto da pesquisa.

Como ressalta Schutz (1976, p. 58), o campo de observação do cientista social se equivale à realidade social em que aqueles atores estão inseridos, e tem um significado específico e uma estrutura de relevância para os seres humanos que vivem, agem e pensam dentro dessa realidade.

Sendo assim, foi escolhida a observação participante para não somente haver a análise das falas dos profissionais de saúde, que pode ser comprometida por fatores externos, mas também para se ter a análise do meio ambiente onde ocorre a pesquisa.

Houve a utilização de múltiplas fontes de dados – que é uma característica marcante da pesquisa qualitativa – tais como a análise de documentos que registram o fluxo de atendimento aos idosos vítimas de violência e as formas de capacitação realizadas com os profissionais de saúde do HRP A para esse atendimento, e entrevista com estes mesmos profissionais de saúde.

Os frutos desta pesquisa deram origem a este trabalho de conclusão de curso, que é dividido em três capítulos.

No primeiro capítulo, se aborda a discussão do que consideramos como idoso nesta pesquisa, tornando importante pontuar todas as variáveis externas que acabam por influenciar na concepção da sociedade sobre o envelhecimento. Além disto, neste capítulo buscou-se discutir possíveis motivos pelos quais na sociedade brasileira atual existe uma visão estigmatizada do idoso, e bem como isso acaba por contribuir no ferimento dos direitos sociais desta parcela da população, podendo culminar em atos de violência. Neste capítulo também é abordada a discussão do papel do assistente social junto aos idosos vítimas de violência, e por que sua atuação é diferenciada, evidenciando assim sua especificidade.

No segundo capítulo, é aprofundada a questão do que é a violência contra o idoso e como ela tem impactado sobre os serviços de saúde locais, em especial no contexto do Programa Girassol. Além do mais, discute-se neste capítulo como é caracterizada a ação do assistente social neste âmbito específico, levando-se em consideração seus limites e possibilidades.

E, por fim, no terceiro capítulo, é realizada a análise dos dados coletados nas entrevistas relacionando-a fundamentação teórica deste trabalho. É neste capítulo também que se chega à confirmação da hipótese de pesquisa: que o assistente social no Hospital Regional do Paranoá tem um importante papel no atendimento do idoso vítima de violência, porém, encontra dificuldades em fornecer o atendimento ao usuário e atender às suas demandas, por conta da quebra de fluxo dentro do sistema de saúde.

CAPÍTULO I

O estigma do envelhecimento e a potencialidade da atuação do assistente social nesse processo

O envelhecimento humano na atualidade, como explicita em suas falas os autores Camarano e Ghaouri (2002), Berzins (2003) e Felix (2007), é um fenômeno mundial e, é importante destacar, é um fenômeno natural e uma grande conquista da humanidade. Tal feito é fruto das crescentes inovações tecnológicas que permitiram o aumento da expectativa de vida, e também é consequência da queda da taxa de natalidade que vem ocorrendo no mundo, fruto das novas configurações da sociedade,

Com o envelhecimento da população, observa-se que o número de pessoas definidas como idosas na população também crescerá de forma gradual. Afinal, envelhecer não é a mesma coisa que se tornar idoso: o processo de envelhecimento começa desde o momento em que o indivíduo nasce e abrange o seu desenvolvimento físico, psicológico e social, como afirma Mancussi e Faro (2004). Já o processo de se tornar idoso é diferenciado e traz outras implicações para a vida de quem assim é definido.

Esta monografia possui como locus de estudo o Brasil, sendo que neste país, conforme o Estatuto do Idoso e a Política Nacional do Idoso, instituídos respectivamente pela lei nº 10.741 de 2003 e lei nº 8.842 de 1994, a pessoa considerada idosa é aquela que possui idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos de idade.

Tal definição de “idoso” é fruto de diversos debates acerca do tema, dentre os quais vale a pena destacar o da Organização Mundial de Saúde (OMS), que definiu que nos países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil, idosos serão aquelas pessoas que alcançarem a idade de 60 (sessenta) anos. A OMS também define que nos países desenvolvidos, a idade estabelecida é de 65 (sessenta e cinco) anos de idade.

Muito se discute sobre o método de definição do que é ser idoso através da idade, pois tal critério desconsidera as particularidades do processo de envelhecimento. Por exemplo: se você considerar a realidade do Brasil, onde existem regiões em que a população sofre com a pobreza extrema, falta de comida, água e saneamento básico, é de se esperar que o processo de envelhecimento deixe marcas muito mais profundas do que em uma região do país onde a

situação econômica é melhor. Mas, mesmo com essas diferenças e contradições dentro do Brasil, a idade em que a pessoa é considerada idosa é a mesma para todo o território.

Outrossim, é importante se considerar que mesmo que a população de idosos no Brasil seja de aproximadamente 14 (quatorze) milhões de pessoas, ultrapassando em números absolutos a quantidade de crianças de até 04 (quatro) anos de idade contabilizada no mesmo período, a expectativa de vida do brasileiro ainda é de somente 73,4 anos², enquanto que em países desenvolvidos, como Japão e Suíça, a expectativa é de respectivamente 86,1 e 84,2 anos³.

Ao observar, então, que a maioria dos brasileiros viverá somente até os setenta anos de idade, é possível perceber que a população já estará sentindo o peso da idade muito antes dos sessenta anos, quando a legislação enfim irá permitir acesso aos direitos específicos dos idosos, como por exemplo, os benefícios da seguridade social.

Foi através da Constituição Federal de 1988 que a Previdência Social, Assistência Social e a saúde passaram a compor a Seguridade Social, a serem considerados bens públicos e a assegurarem os direitos para todos, com definição dos idosos como grupo prioritário dessas políticas.

Segundo Boschetti (2009, p.324) os direitos da seguridade social têm como base os direitos do trabalho, que possuem como objetivo a garantia de benefícios derivados do trabalho para aqueles trabalhadores que perderam, momentânea ou permanentemente, sua capacidade laborativa.

Desde a Constituição de 1988, a seguridade social brasileira está condicionada majoritariamente ao ato do trabalho. A previdência social, por exemplo, é restrita aos trabalhadores contribuintes.

² Dados obtidos da Sinopse do Censo Demográfico de 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística- IBGE.

³ Dados referentes ao período de 2005-2010, obtidos em relatório da Organização das Nações Unidas (ONU).

Tendo isso em vista, pode-se afirmar que a legislação defende que o idoso tem o direito de não ter que trabalhar para se sustentar – ou seja, aposentar-se – porém, sob a condição de que durante o seu tempo de trabalho ele tenha contribuído com o INSS⁴.

É importante pensar nesse modelo de previdência de acordo com o contexto social e financeiro do Brasil, onde grande parte da população sofre com a desigualdade social, a pobreza e o desemprego, o que impede, muitas vezes, que o trabalhador contribua para com o INSS. Com isso, se torna perceptível que uma grande parcela da população não terá acesso aos benefícios da previdência social.

A mais, sobressai-se o problema de que mesmo que o Estatuto do Idoso defina como idoso a pessoa com mais de sessenta anos de idade, em vários âmbitos da sociedade, mesmo alcançando essa faixa etária, o idoso não terá pleno acesso aos seus direitos sociais.

Um exemplo do cotidiano está nos transportes coletivos. O artigo 39º da Constituição Federal de 1988 garante o transporte público gratuito somente para os que possuem mais de 65 (sessenta e cinco) anos de idade, ficando a critério da legislação local a gratuidade para os passageiros com idades entre 60 (sessenta) e 65 (sessenta e cinco) anos. No Distrito Federal, por exemplo, a gratuidade só é concedida aos maiores de 65 anos (sessenta e cinco).

É necessário questionar, qual a diferença entre o idoso que tem sessenta anos de idade e o que tem sessenta e cinco? Ambos já são considerados idosos, no entanto, um será obrigado a pagar pelo transporte público enquanto o outro tem direito à gratuidade.

Se a garantia da gratuidade no transporte público existe justamente com a intenção de garantir que o idoso consiga se locomover, seria preciso discutir a necessidade de se diminuir essa idade padrão, e não aumentá-la, tendo em vista que existem muitos homens e mulheres ainda na faixa dos cinquenta anos que já têm dificuldades de locomoção.

Outro exemplo é o do sistema de aposentadoria brasileiro, que possibilita a aposentadoria por idade ou por tempo de contribuição⁵.

⁴ O Instituto Nacional de Seguro Social, também conhecido como INSS, é uma autarquia do Governo Federal, e recebe as contribuições para a manutenção de benefícios previstos por lei, como por exemplo, a aposentadoria. É vinculado ao Ministério da Previdência Social.

⁵ Informações retiradas do site da Previdência Social, www.previdencia.gov.br. Acesso em 10 de setembro de 2012.

A aposentadoria por idade dá direito ao benefício integral para homens que alcançarem a idade de 65 (sessenta e cinco) anos e para mulheres, de 60 (sessenta) anos, desde que tenham contribuído por, no mínimo, 180 meses com o INSS.

Já a aposentadoria por tempo de contribuição garante a aposentadoria a mulheres que contribuam com o INSS por um período de 30 (trinta) anos, e a homens que contribuam por, no mínimo, 35 (trinta e cinco) anos.

Sendo assim, é importante pontuar que a aposentadoria, em muitos casos, só será concedida depois que a pessoa já é considerada idosa.

No caso dos homens, eles passam a ser considerados idosos quando completam 60 (sessenta) anos de idade – que muitos argumentam já ser uma idade alta, e que pessoas mais jovens poderiam ser consideradas idosas – porém, só poderão se aposentar ao completarem 65 (sessenta e cinco) anos. Ou seja, haverá um período de cinco anos na vida desse trabalhador em que ele já deveria ser tratado com prioridade pela sociedade e pelo Estado, mas continuará trabalhando.

Além disso, é possível ver no contexto atual do Brasil uma série de condições impostas pelo Estado e pela própria sociedade civil que incentivam que a pessoa continue apta para o trabalho e não queira se aposentar.

Por exemplo: os parâmetros atuais que definem o valor da aposentadoria fazem com que esse valor seja, frequentemente, inferior ao salário ganho originalmente pelo contribuinte.

Além do mais, existem diversas reclamações sobre a burocracia que envolve o processo de aposentadoria, fazendo com que seja um processo demorado e difícil, que envolva, frequentemente, um longo tempo de espera e compridas filas nos postos de atendimento.

Toda essa dificuldade existente no processo de aposentadoria e também na garantia de benefícios aos idosos está relacionada, principalmente, com a dificuldade que o Estado e a própria sociedade civil têm de priorizar a garantia dos direitos sociais daqueles que não estão mais inseridos no mercado de trabalho, ou que já não contribuem da mesma forma que contribuam anteriormente.

Nesse contexto, pode-se observar que a ideia existente no imaginário da população do que é ser idoso está intrinsecamente ligada à diminuição da capacidade de produção.

Concorda-se nesse aspecto com Vasconcelos e Santos (2012) que há na sociedade contemporânea uma tendência em entender a velhice (que, neste caso, seria representado pela incapacidade de produzir) como uma fase ruim da vida, pois o idoso não contribui tanto quanto o jovem adulto para o sistema, impondo, então, uma posição de vulnerabilidade ao idoso.

É importante salientar que esta não é uma visão hegemônica. Em outras culturas não baseadas na exploração, como exemplifica Sanches (2008, p. 91), existe outro tipo de tratamento direcionado aos idosos. O autor descreve, por exemplo, a vida na comunidade dos índios caiapós do Brasil, onde existe o Conselho dos Idosos, que tem como principal objetivo estabelecer regras de comportamento para os outros índios. É possível observar que entre os índios caiapós, o idoso é visto como uma figura com alto conhecimento e que merece respeito. Além do que, nesse contexto o idoso representa um papel central na comunidade.

Lobato (2004) corroborará tal ideia ao mostrar que existem vários lados antagônicos na figura do idoso brasileiro que se destacam no imaginário da população: de um lado existe o idoso que é reverenciado pela mídia e que aproveita a vida ao máximo, por exemplo. Do outro lado, temos a figura do idoso que é excluído da sociedade, muitas vezes em situação de rua ou que possui moradia em condições precárias, quando não está asilado em casas de repouso.

Todos esses fatores contribuem diretamente para a formação da imagem do idoso dentro da sociedade e, também, do papel que ele desempenhará, sendo que estes fatores são frutos do sistema econômico vigente.

O capitalismo é um sistema econômico em que os meios de produção são privados, e os detentores desses meios – chamados burgueses – utilizam-se da mão-de-obra de quem não possui os meios de produção – o trabalhador assalariado – para produzir em troca de um salário e assim, obter lucro. Essa forma de sistema econômico é dominante desde o final da era feudal e desde então vem se aprimorando, sempre com o objetivo de expandir o de gerar lucro. Nesse sistema, tendo em vista que os meios de produção estão nas mãos de poucos, a classe dominante possui o poder de decidir quanto pagar ao trabalhador assalariado.

Sendo este um sistema voltado para o lucro, o capitalismo necessita em seu exército de trabalhadores os mais jovens e os mais fortes, e que possam produzir de forma mais eficiente e eficaz; ou seja, produzir mais, de forma mais rápida e com a menor porcentagem de erros possível.

Essa necessidade fica ainda mais evidente ao analisar que, para esta sociedade, o ato de envelhecer está relacionado à diminuição da produção de lucro, e que essa relação entre idoso e diminuição da produção de lucro acaba por criar um estigma sobre a velhice.

O capitalismo favorece o estigma de que o envelhecimento é um processo ruim, pois este mesmo sistema prega que quanto mais velho o homem, menor será a sua capacidade de produzir e gerar lucro. Sendo assim, o sistema vai sempre exigir da sociedade pessoas cada vez mais jovens e produtivas.

Criou-se, então, uma cultura de que a melhor época da vida de uma pessoa é quando ela é jovem; e em contrapartida, existe a difusão de ideia de que ao ser idoso, o homem se torna vulnerável e dependente. Com essa imposição de ideias, o capitalismo consegue fazer com que os sujeitos considerem que a única forma de se manter ativos e independentes seria através do trabalho, estigmatizando assim a aposentadoria e outros benefícios aos quais os idosos têm direito. Desta forma, o capitalismo consegue explorar o homem ao máximo, utilizando-se de estereótipos do idoso, que muitas vezes não são verdadeiros.

Uma das formas de fazer com que esse sistema de exploração continue dando certo é difundindo um ideal de culto à beleza e à juventude, através de propagandas, de novelas, de músicas, entre outras formas.

Essa visão é muito presente na literatura contemporânea sobre idosos, principalmente em textos produzidos por profissionais da saúde, que possuem uma visão do idoso focalizada em suas delimitações físicas e cognitivas, ignorando as possibilidades que a sua experiência de vida pode proporcionar.

Um exemplo palpável de tal fenômeno pôde ser observado durante o levantamento bibliográfico desta pesquisa, que apontou uma tendência na produção bibliográfica referente ao idoso de caracterizá-lo como um ser humano vulnerável e bastante dependente de sua família devido ao decaimento de suas funções físicas e cognitivas.

Pode-se constatar através desse dado que uma parte dos profissionais da saúde tende a analisar o idoso majoritariamente do ponto de vista biológico, dando pouca atenção aos seus problemas psicológicos e sociais. Essa tendência reflete diretamente no atendimento ao idoso, como se foi possível observar nas entrevistas realizadas nessa pesquisa, onde existe a queixa

de que o atendimento realizado a este público é falho e, frequentemente, não atende a todas suas demandas.

Essa dificuldade pode ser explicada justamente pelo estereótipo que foi construído em torno do idoso, no qual ele tem suas demandas reduzidas somente à problemática do envelhecimento físico, tendo suas questões de cunho social e psicológico ignoradas.

Uma das expressões desse fato é o baixo índice de preenchimento das Fichas de Notificações em casos de violência contra os idosos atendidos nos hospitais. Uma possível explicação para o problema seria que o profissional que atende esse paciente procura prioritariamente por evidências físicas de maus tratos, ignorando assim outros sinais menos evidentes, que poderiam caracterizar uma violência.

É esta visão limitada do idoso, que o estereotipa como vulnerável, que precisa ser trabalhada, que se configura com um desafio, pois existe sim uma parcela dos idosos que vivem sem situação de dependência da família ou tutor legal, e existem muitos domicílios atualmente nos quais o idoso é chefe de família.

Essa nova configuração do idoso como chefe de família pode ser observada em duas situações distintas: em um primeiro contexto, observa-se o idoso ainda inserido no mercado de trabalho e dividindo sua renda com seus familiares e, em um segundo contexto, a figura do idoso que já é aposentado e recebe aposentadoria ou pensão e a divide com seus familiares. Areosa (2008, p. 3) apresentara como exemplo dessa nova configuração do idoso um perfil de família que vem se tornando cada vez mais comum, no qual o idoso é a principal fonte de renda de uma família nuclear composta por pai, mãe e filhos, porém agora também com a presença da figura do neto, que é sustentado pelo avô/avó.

Areosa (2008, p.3) também chama a atenção para a figura da mulher que se tornou uma idosa autônoma e/ou independente e assume o papel de avó cuidadora dos netos, enquanto seus filhos estão no trabalho. Neste caso, observa-se que a idosa pode ou não manter o papel de principal fonte de renda do domicílio, mas existe primordialmente a relação de dependência na questão do cuidado para com os netos.

O idoso também aparece como chefe de domicílio, em situações cada vez mais frequentes, em que ele reside sozinho, seja por opção própria e de sua família, seja por inexistência de filhos e netos.

Indo pelo caminho inverso, apesar da importância de discutir e evidenciar o papel do idoso como figura central das famílias, é importante discutir o contexto social em que o idoso está inserido em seu seio familiar, entretanto, estando em posição de submissão perante seus familiares ou tutor legal.

O idoso pode estar em posição de submissão sob diferentes circunstâncias, seja quando é o principal provedor da família ou não. Nesse caso, é possível observar que a família ou o tutor legal utiliza-se de laços afetivos ou até mesmo de poder para coagir o idoso.

É importante que existam uma série de programas, ações e serviços que consigam englobar todos os tipos de idosos brasileiros, sejam eles trabalhadores assalariados, pensionistas, chefes de família ou estejam em posição de submissão. O objetivo desses programas é que o Estado ampare o idoso e garanta acesso aos seus direitos, não importa em qual contexto social ele esteja inserido.

Diante desses exemplos de estigmatização e discriminação, fica claro que a não proteção ao idoso é uma expressão da Questão Social.

Yazbec (2009, p. 127) define a Questão Social como a expressão das desigualdades sociais frutos do sistema capitalista e das classes sociais antagônicas que fazem parte desse sistema.

Um exemplo da Questão Social está nessa dificuldade que a sociedade e o Estado têm de garantir os direitos sociais aos idosos. Essa dificuldade é consequência direta das imposições do capitalismo, que não objetiva a proteção dos indivíduos, mas o lucro.

Uma das formas de se amparar o idoso, combater a Questão Social e dar acesso aos seus direitos sociais é através da formulação e implementação de políticas sociais voltadas especificamente para idosos. Outrossim, as políticas sociais possuem como um de seus objetivos diminuir as desigualdades sociais que o sistema capitalista gera, tentando, dessa forma, propiciar um envelhecimento digno para todas as pessoas, independente de sua classe social.

Behring (2009, p. 302) afirma que:

A política social como processo é reveladora da interação de um conjunto muito rico de determinações econômicas, políticas e culturais, e seu debate encerra fortes tensões entre visões sociais de mundos diferentes.

Tal colocação demonstra em que contexto se desenvolvem as políticas sociais e, principalmente, frisa que a criação e efetivação de políticas sociais não é simples, e sim fruto de longos e difíceis embates.

As políticas sociais frequentemente se mostram como resultado do choque entre o Estado e a sociedade civil acerca das demandas da própria população, influenciada fortemente pelo contexto de luta por essas políticas. Um exemplo disso, como mostra Behring (2009), é que ao longo dos anos, as políticas sociais passaram por grandes ciclos de desenvolvimento e depois, estagnação, seguindo o fluxo de necessidades da sociedade e depois refreadas pelos limites da acumulação capitalista.

Portanto, ao se pensar numa política social, é importante pensar em todo o contexto social, político e econômico em que essa política será proposta.

No caso das políticas sociais voltadas para os idosos, sua formulação segue exatamente esse mesmo fluxo. Durante as primeiras discussões acerca de garantia de direitos e, consequente formulação de políticas sociais, é possível notar que o grupo dos idosos não recebe tratamento prioritário no debate. Muito dessa não prioridade é advinda justamente da atual visão estereotipada de idoso que foi difundida pelo capitalismo na sociedade, na qual somente o jovem tem espaço, e não há espaço na sociedade para aqueles que não mais produzem.

Segundo Lobato (2004) é somente da década de 1960 que se inicia um discurso científico no Brasil sobre o envelhecimento, e a iniciativa veio, em maior parte, das instituições e dos profissionais que trabalhavam junto a este grupo, enquanto que as ações do Estado eram voltadas para a prática do asilamento, pautadas por uma visão negativa do envelhecimento. Nesse contexto, pode-se concluir que essa prática do asilamento, perpetuada pelo Estado, está em consonância com as necessidades do capitalismo de excluir da sociedade aqueles que não se encaixam no seu conceito de potencial produtivo.

Além do mais, antes das políticas sociais voltadas para o idoso, a maioria das casas de asilamento existentes era de caráter privado, sendo que para internar um idoso, a família ou tutor legal deveria arcar com uma mensalidade. Assim sendo, a prática de asilamento servia duplamente aos propósitos do capitalismo: além de excluir do convívio social o idoso, ainda gerava lucro aos donos de asilos.

Somente após a promulgação da Constituição de 1988, conhecida por muitos como uma constituição cidadã, é que ocorreram as primeiras mudanças significativas nas políticas sociais voltadas para este grupo.

É importante relembrar que foi através da Constituição Federal de 1988 que a Previdência Social, a assistência social e a saúde passam a compor a Seguridade Social, e a serem considerados bens públicos e assegurarem os direitos de todos, com definição dos idosos como grupo prioritário dessas políticas. Porém, mesmo que a Constituição Federal de 1988 considere a Seguridade Social como bem público e um direito de todos, na prática o que se nota é que muitos idosos ainda têm dificuldades em alcançar esses benefícios, como foi discutido em relação à aposentadoria, por exemplo.

Outro exemplo claro dessa ineficiência está nas políticas sociais de saúde, que segundo a Constituição Federal de 1988, seriam de cunho universal e gratuito. O 15º artigo do Estatuto do Idoso, inclusive, legisla que é:

Assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde – SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo atenção especial a doenças que afetam preferencialmente os idosos.

No entanto, o que se vê no cotidiano dos hospitais e centros de saúdes do Brasil são vários idosos não sendo atendidos propriamente, pois o atendimento a eles não é considerado prioritário dentro do sistema de saúde.

Concorda-se com Fernandes e Faro (2012) nesse contexto que tal realidade oferece somente duas saídas para o idoso que necessita de acompanhamento médico: se submeter a longos períodos de espera ou fazer um plano de saúde privado. Nessa segunda possibilidade, observa-se novamente a exploração do idoso, que mesmo tendo direito a saúde gratuita, muitas vezes tem que pagar por um atendimento na rede privada se quiser ser atendido, frequentemente sendo submetido a preços exorbitantes e atendimento insatisfatório.

Conforme o conteúdo acima explicitado, tornou-se claro que, ainda que, as políticas sociais sejam formuladas através de muita luta, muitas vezes elas deixam a desejar, em especial quando o referencial adotado parte da premissa do 9º artigo do Estatuto do Idoso que define:

É obrigado ao Estado, garantir à pessoa idosa à proteção à vida e à saúde, mediante **efetivação** de políticas sociais públicas que permitam um envelhecimento saudável e em condições de dignidade.

A Política Nacional do Idoso tem como objetivo assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover a sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade, reafirmando aquilo que já é preconizado pelo Estatuto do Idoso. Além do que, ela também chama a atenção para as ações governamentais nas áreas de promoção e assistência social, saúde, educação, habitação e urbanismo, cultura, esporte e lazer, voltadas para os idosos.

O objetivo da criação dessas ações é garantir ao idoso aquilo que, segundo a Constituição, lhe é direito e, ao mesmo tempo, desmitificar o estereótipo de idoso vulnerável, que necessita de cuidado constante e de favores por parte de parentes, amigos ou vizinhos. Com a criação de programas e políticas sociais, o idoso tem seus direitos garantidos, sem necessitar da benevolência dos outros.

Sendo assim, um dos maiores objetivos de se formular e implementar políticas sociais voltadas para os idosos é aumentar a qualidade de vida dessa parcela da população que tem vivido mais, mas não tem obtido melhoras significativas na qualidade de vida, embora já tenha contribuído muito para a evolução da sociedade, muitas vezes sacrificando sua saúde.

Uma das formas de se pensar a melhoria da qualidade de vida dos idosos é através de políticas sociais que sejam formuladas e executadas com o objetivo de garantir a vida, a liberdade, o respeito, a dignidade, a educação, o esporte, o lazer, a cultura e a saúde, assim como preconiza o Estatuto do Idoso, através de ações do Estado e da própria sociedade.

É importante discutir que tanto no processo de garantia dos direitos sociais dos idosos quanto no processo de atuação junto às relações sociais fruto do capitalismo – dois processos que são bem próximos, conforme discutido – existe a necessidade de uma figura profissional que consiga realizar as articulações necessárias entre esses dois processos, e o assistente social possui essa capacidade.

Segundo a Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS), o profissional do Serviço Social atuará através de serviços assistenciais, ou seja, através de atividades continuadas que visem à melhoria de vida da população. Um profissional responsável pela mediação nas

políticas sociais, sendo um dos seus papéis garantir o acesso dos idosos aos serviços assistenciais.

Com o objetivo de mediar o acesso do idoso às políticas sociais, o assistente social possui diferentes instrumentos de ação que, em geral, mudam conforme o ambiente de trabalho.

No contexto da saúde, que é nosso objeto de análise, muitas vezes o assistente social integrará uma equipe multidisciplinar que tem como objetivo comum atender o idoso, no entanto, observou-se através da fala dos entrevistados que enquanto a maioria dos profissionais da saúde tende a atendê-lo focando em suas questões biológicas, a atuação do assistente social será diferenciada, procurando articular a demanda imediata do idoso com outras não tão aparentes, que só serão descobertas através de atendimentos detalhados.

A ação do serviço social vai além do aparente e investiga aspectos do cotidiano do indivíduo, tendo como finalidade a garantia de direitos. Isso porque, como diz Yazbec (2009, p.126), é impossível falar sobre Serviço Social e não situá-lo no contexto das relações mais amplas que constituem a sociedade capitalista.

Portanto, em uma sociedade que estigmatiza o idoso, considerando-o sem uso para o sistema econômico vigente, o trabalho do assistente social irá combater essa visão discriminatória, apresentando ao idosos a ideia de que eles são sujeitos de direitos sociais, e efetivar o seu acesso às políticas sociais.

Segundo Lobato (2006), o assistente social possui a potencialidade de trabalhar com os idosos em três níveis: no da informação, no da educação e o do fortalecimento social.

O assistente social trabalhará com os idosos a partir de seus interesses e necessidades, pois quando o idoso está informado sobre os seus direitos, ele pode contribuir mais com o programa, sugerindo formas de melhorar o atendimento.

Já o trabalho educativo do assistente social busca uma intervenção com o intuito de que o idoso aprenda coisas novas, se apodere de ideias e mude seus hábitos, se assim ele desejar. Essa estratégia é muito importante para o Serviço Social, pois possibilita, inclusive, que idosos que possuem uma visão negativa sobre o envelhecimento repensem tal atitude.

E por último, o assistente social tem a possibilidade de trabalhar com o fortalecimento social dos idosos, ou seja, de trabalhar a concepção negativa de envelhecimento, e apresentar

as diretrizes da Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI), que propõem a promoção do envelhecimento saudável e ativo.

Todas essas ações do assistente social têm como objetivo principal o fortalecimento social do idoso perante a sociedade e da sua própria família, para que ele não ocupe uma posição de submissão perante aqueles com que convive e perante o próprio Estado, que muitas vezes põe o idoso em situação de vulnerabilidade ao negar-lhe o direito de acesso às políticas sociais.

Portanto, o assistente social, quando em situação de atendimento aos idosos, tem como um dos seus objetivos não somente responder às demandas imediatas desse indivíduo, mas também trabalhar com questões mais abrangentes e, talvez, não tão explícitas.

Isso significa que, devido à sua formação, ao atender um idoso, o assistente social tem em mente as várias particularidades sócio-históricas da sociedade e o sistema econômico vigente pois, como já discutido, ele influencia de forma profunda as relações sociais.

A sociedade capitalista cria o estigma, contudo, as lutas sociais também criam formas de enfrentamento, e o acesso aos direitos e às políticas sociais é exemplo disso. Vimos neste capítulo esse percurso e a principal discussão é que a ação do assistente social, em especial na expressão da questão social materializada na violência contra idoso, é fundamental.

Essa particularidade do Serviço Social, de se pensar a questão do envelhecimento enquanto inserida no sistema capitalista, é um dos fatores que diferenciam este profissional dos outros e o faz ser tão importante no processo do fortalecimento social do idoso.

Um exemplo dessa atuação profissional diferenciada foi observado no Programa Girassol do Hospital Regional do Paranoá (HRPA), criado pelo Núcleo de Estudos e Programas para os Acidentes e Violência (NEPAV) da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, e que objetiva a implantação de programas de atendimento a vítimas de violência em hospitais que sejam referências em atendimento de uma região.

O Programa Girassol teve as primeiras indicações de sua efetivação em 2003, quando ocorreu a capacitação de profissionais do hospital com o objetivo de sensibilizar e orientar a prevenção e atendimento às vítimas de violência no HRPA. A efetiva implantação do projeto se deu principalmente após essa capacitação, como resposta às discussões que lá se iniciaram e que revelaram o crescente número de casos referentes à violência no Paranoá.

Esse programa prevê atendimento psicossocial humanizado a crianças e adolescentes, mulheres e idosos que foram vítimas de violência e, além disso, também são atribuições do Programa Girassol capacitar os profissionais de saúde da região administrativa de sua abrangência – no caso, Paranoá e Itapoã, no atendimento a essas pessoas, bem como no enfrentamento à problemática da violência através do estímulo às ações preventivas.

Os instrumentos que o Programa Girassol utiliza atualmente para colher dados a fim de realizar sua prática profissional e alcançar esse objetivo são, principalmente, os atendimentos individuais e coletivos, os estudos de caso em equipe multidisciplinar, a elaboração de relatórios sociais, os relatórios de atividades desempenhadas pelo programa, os estudos de diagnóstico situacional e as visitas institucionais e domiciliares, quando necessárias.

Atualmente, o Programa Girassol é formado por uma assistente social, que além de coordenar o programa também realiza as tarefas do assistente social como, por exemplo, os atendimentos sociais, e um psicólogo que realiza atendimentos individuais e grupais de cunho psicológico. Há ainda atendimentos em grupo, nos quais ambos profissionais atuam em parceria.

Na observação realizada dentro do Programa Girassol, foi possível analisar de forma clara e contundente as diferenças de atuação dos profissionais da saúde quando atendendo o idoso em situação de violência, sendo que a atuação do assistente social acontece em paralelo com a de outros profissionais, mas que, no entanto, aborda temáticas muito específicas do Serviço Social.

Essa atuação diferenciada é ainda mais importante nos casos de atendimento a idosos vítimas de violência, em que não somente as lesões físicas devem ser tratadas, mas muitas outras variáveis precisam ser levadas em consideração, tanto no âmbito de respostas individuais quanto coletivas; principalmente quando se tem em mente que a ação do serviço social é essencialmente fundamentada na garantia de direitos, e no caso dos atendimentos no âmbito da saúde isso pode ser a diferença entre a perpetuação da opressão ou interrupção do ciclo da violência.

CAPÍTULO II

A violência e a atuação do assistente social no Programa Girassol

A primeira dificuldade encontrada quando se discute o tema violência contra o idoso é definir exatamente o que é violência e como identificá-la.

Durante esta pesquisa, um dos pontos de questionamento aos profissionais de saúde entrevistados se referia ao seu conceito de violência e suas características, pois a concepção do profissional sobre esse conceito pode influenciar no atendimento prestado ao usuário, principalmente porque a violência contra o idoso não é caracterizada somente pela *realização* de um ato, mas também está ligada a uma *omissão*, conforme explica Minayo (2004).

Um dos principais campos de confusão refere-se à caracterização da diferença na avaliação do que é violência e do que é acidente, sendo que enquanto o primeiro ato é um tipo de crime, o segundo é apenas um acaso onde ninguém é o culpado direto.

Segundo a Classificação Internacional de Doenças - CID (OMS, 1995) tanto a violência quanto os acidentes são classificados como originados por causas externas que englobam, agressões (físicas, psicológicas e sexuais), lesões autoprovocadas, acidentes de trânsito e de trabalho, quedas e envenenamentos.

Porém, a diferença crucial entre as categorias violência e acidente está no fato de a primeira, além de causar danos à vida de forma geral, é também fruto de um ato proposital, enquanto que o acidente é um evento não-intencional. É possível então considerar que violência contra o idoso é um ato intencional, que pode ser perpetrado tanto por outra pessoa quanto por ele mesmo, como é o caso do suicídio ou autonegligência.

Destaca-se também que a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu durante a Convenção sobre Violência e Saúde, na cidade de Genebra em 2002, a violência contra o idoso como:

O abuso pode ser de natureza física ou psicológica ou pode envolver maus tratos de ordem financeira ou material. Qualquer que seja o tipo de abuso, certamente resultará em sofrimento desnecessário, lesão ou dor, perda ou violação dos direitos humanos e uma redução na qualidade de vida do idoso (OMS, 2002, p. 5).

É importante salientar que em um ato de violência pode se considerar que o agressor possui não somente a necessidade de machucar o idoso, mas também a necessidade de reafirmar o seu poder sobre ele.

Minayo (2004) destaca como os mais frequentes tipos de violência a física, que se trata de uso de força física com o intuito de machucar o idoso; a violência psicológica, que se trata de agressão verbal ou gestual contra o idoso; a violência sexual, que é o ato ou jogo sexual realizado contra a vontade do idoso, ou que ele não tenha capacidade de consentir; o abandono, que é a ausência de cuidados por parte do responsável legal; a negligência, que se refere à recusa de cuidados por parte do responsável pelo idoso; a exploração financeira e/ou material, que é o uso não consentido dos bens financeiros e/ou materiais do idoso; e por fim, a autonegligência, que é uma conduta da pessoa idosa que põe em risco sua própria saúde e segurança.

Em todos os tipos de violências descritas há a necessidade de um cuidadoso atendimento ao idoso, pois nem sempre os sinais de violência estão aparentes, e é frequente também negação do idoso de denunciar seu agressor.

Um dos fatores que pode dificultar essa denúncia de violência por parte do idoso é que muitas vezes o seu agressor é alguém de sua família, o que é caracterizado como violência intrafamiliar.

Esse tipo de violência pode ser definido como ações de violência realizadas dentro ou fora de casa por algum membro da família, ou ainda por pessoas com as quais o idoso não possui laços de consanguinidade, mas com que ele tenha estabelecido uma relação de afetividade, sendo que o ato de violência em si pode dar-se de diversas maneiras, algumas mais perceptíveis, outras menos.

Nos casos de violência intrafamiliar, o ato da denúncia pode ser muito mais delicado, pois existem laços afetivos entre a vítima e o agressor, quando não, uma dependência entre as partes. Nessas situações, é frequente que a vítima não queira falar sobre o episódio, e surge a necessidade de uma figura profissional que seja capaz de realizar um atendimento detalhado, no qual são analisadas, além das condições físicas do idoso, também suas condições psicológicas e sociais. Além disso, existe a necessidade de que esse profissional esteja em um ambiente ao qual o idoso possa ter fácil acesso, como é o caso dos hospitais, por exemplo.

Um exemplo de tal situação pode ser observado na entrevista realizada com um enfermeiro do Hospital Regional do Paranoá, na qual ele descreve um rápido exame médico realizado no Pronto Socorro, em que o médico pode facilmente detectar evidências advindas do ato de negligência; porém, é necessário um exame muito mais minucioso para que se detectem sinais de uma depressão ocasionada por violência psicológica, por exemplo.

Outro exemplo seria a exploração financeira ou material praticada contra o idoso, que não deixa nenhum tipo de marca física, e que demandaria do profissional da saúde não um exame físico, mas uma entrevista com esse idoso.

Esse tipo de exame, que demanda não somente a observação de marcas físicas, mas também a observação de outros sinais da violência, é o que demanda mais tempo e dedicação do profissional da saúde; ou seja, para se atender o idoso em todas as suas demandas é necessário um profissional que vá além da visão biológica, e que também o atenda em sua perspectiva psicológica e social, através de escuta qualificada.

Esse tipo de atendimento demanda a integralidade do atendimento ao idoso e o acesso universal ao sistema de saúde, inclusive com garantia do acesso a serviços e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, assim como preconiza a Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90.

O mesmo tipo de atendimento é garantido através do Estatuto do Idoso, da Política Nacional do idoso e da Política Nacional de Saúde do Idoso. Ou seja, foram formuladas algumas políticas específicas para a população idosa, e uma especificamente no âmbito da saúde.

Entretanto, mesmo com legislação que garante o direito do idoso de ter acesso a serviços e ações de saúde, no cotidiano, o acesso a esses serviços ainda é falho, principalmente quando se trata do ato de notificar a violência contra o idoso.

Retomando o fluxo de atendimento à violência contra o idoso na regional de saúde do Paranoá, um dos obstáculos que existem quando se pensa nesse tipo de atendimento ideal que a lei preconiza, no qual o profissional de saúde analisaria o depoimento do idoso com respeito às suas múltiplas demandas, entra-se em contradição com a própria realidade de organização dos serviços de saúde que, fragilizados, apresentam problemas estruturais que impedem esse atendimento ideal.

Nesse sentido, é fundamental ressaltar que o Estatuto do Idoso, Lei Federal nº 10.741 de 2003, em seu artigo 19, define que:

Os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra o idoso serão obrigatoriamente comunicados pelos profissionais de saúde a quaisquer um dos seguintes órgãos: I) Autoridade policial, II) Ministério Público; III) Conselho Municipal do Idoso, IV) Conselho Estadual do Idoso, V) Conselho Nacional do Idoso (BRASIL, 2003).

No entanto, observa-se na fala dos próprios profissionais do HRP a dificuldade existente na denúncia de violência contra o idoso dentro da instituição por diversos motivos. Esse fato deve ser questionado à medida que existe uma legislação que lança como compulsória a notificação da violência contra o idoso.

Tendo em vista que no Brasil existe uma legislação que se refere aos direitos sociais do idoso, é válido questionar por que ainda existem denúncias de que essa parcela da população – principalmente a que sofre violência – não é devidamente atendida pelo sistema de saúde.

Uma possibilidade levantada nesta pesquisa é que não está explícito no cotidiano da saúde as verdadeiras implicações de um ato de violência contra o idoso e o seu não atendimento adequado pelo sistema de saúde.

Além do mais, ao se estudar e analisar o fenômeno da violência contra o idoso, pode-se conjecturar que muitos profissionais da saúde consideram a violência contra essa parcela da população como um reflexo de relações familiares frágeis ou falta de preparo de cuidadores de idosos, quando, na verdade, a violência contra o idoso pode ser considerada como produto de uma série de implicações sociais, frutos do sistema econômico vigente, visões estereotipadas dos idosos e falta de amparo pelo Estado.

Esta pesquisa propõe uma reflexão sobre a necessidade de abordar a violência contra o idoso não como algo que é particular de um indivíduo (seja ele a vítima ou o agressor) ou de uma família, mas sim de uma sociedade em sua totalidade.

Sanches (2008) afirma que:

A violência envolve todo um contexto que vai desde a família até os profissionais que prestam serviço ao idoso, bem como o sistema de saúde que presta cuidados

procurando abarcar as implicações que a situação do idoso violentado acarreta (Araújo et AL, 2012, p.108, *apud* SANCHES, 2008).

Sendo assim, concorda-se com Zimmerman (2000) ao afirmar que pode-se dizer que o ato de o idoso dar entrada no HRP com sinais de violência e não ter seu caso denunciado é uma segunda vitimização do usuário, em que existe a negligência e o descaso para com aquele usuário, que é detentor de direitos.

Tal colocação irá explicitar a necessidade de uma articulação de políticas sociais no âmbito da saúde para o atendimento de idosos vítimas de violência, de um fluxo de atendimento bem articulado nesse contexto e, principalmente, de atuação de um profissional que trabalhe em prol da garantia dos direitos do cidadão; ou seja, há a necessidade latente da atuação do assistente social.

É possível, inclusive, considerar o atendimento do Serviço Social aos idosos vítimas de violência tão importante quanto o atendimento médico, por abordar a garantia de direitos e não só o cuidado de ferimentos físicos.

Segundo o Manual para Atendimento às Vítimas de Violência na Rede de Saúde Pública do DF (2008, p. 42):

O Serviço Social deverá realizar entrevista para levantamento dos dados de rotina, a fim de possibilitar o conhecimento da complexidade em que a vítima se encontra e promover o apoio psicossocial.

Esta primeira etapa, que consiste no assistente social conhecer a realidade do idoso vítima de violência é importante, pois assim o profissional será capaz de articular resposta para diversas demandas do idoso, mesmo que essas demandas não sejam fruto direto do ato de violência, atendendo-o em integralmente, assim como preconiza a legislação de saúde já referenciada aqui.

Sendo assim, dentro do contexto da saúde, a ação do assistente social é ainda mais imprescindível quando se tem em mente o objetivo desse profissional de garantir o acesso do idoso vítima de violência aos serviços que o estatuto prevê para a população, mas que, muitas vezes, o sistema de saúde não consegue garantir por si só.

Além do mais, a atuação do assistente social é diferenciada, pois os outros profissionais de saúde realizam um atendimento direcionado às lesões físicas, como se vê nas

falas de Veras (2003) e Zimmerman (2000), não considerando a dimensão social do indivíduo, que também é duramente abalada após uma violência.

Tal fato pôde ser observado também durante as entrevistas realizadas com os profissionais de saúde do HRP, como por exemplo, quando se questionou ao enfermeiro como ele identificaria um caso de violência contra o idoso, que ele respondeu “Olha, eu acredito no seguinte: é mais físico, no caso, mais manifestações no próprio corpo.”

A mesma tendência pôde ser observada na declaração abaixo, dada por um médico ao ser questionado sobre como ele identificaria um caso de violência contra o idoso:

Vai depender muito do estado deles, se eles são mais rígidos, se eles são mais fragilizados, e se vêm com um acompanhante. Normalmente, o idoso mais fragilizado vem com acompanhante e está numa classe que está sujeita a uma vulnerabilidade maior à violência, então é muito sutil, por que esse idoso já não tem uma função cognitiva boa, já não consegue verbalizar isso, tem um acompanhante do lado, uma pessoa com quem ele mantém uma relação de confiança e pode estar com medo de falar alguma coisa, é muito subliminar.

Portanto, tanto na fala do enfermeiro quanto na do médico, observa-se que os profissionais da saúde seguem ainda uma tendência de superestimar as marcas físicas da violência, e tendem a ignorar os sinais subjetivos da violência.

Nesse caminho, o assistente social tem papel fundamental no atendimento ao idoso vítima de violência pois, como já foi discutido no capítulo I, o ato da violência pode ser considerado um fenômeno social, e o assistente social é capacitado para atuar nesse âmbito.

O assistente social também é peça chave no atendimento ao idoso vítima de violência por sua potencialidade em trabalhar as funções educativas, informativas e o fortalecimento social. Um exemplo de tal atuação do assistente social ocorre quando, por exemplo, ele utiliza-se do instrumento do encaminhamento para orientar o idoso vítima de violência sobre quais serviços procurar e como acessá-los, evitando assim que o usuário tenha que procurar por conta própria o atendimento necessário em diversas outras instituições.

Essa é uma ação cotidiana do assistente social no Programa Girassol e é a demonstração efetiva da garantia do direito à informação estabelecida pelo Estatuto do Idoso. Sendo assim, este trabalho considera o Programa Girassol como um potencial garantidor dos direitos do idoso vítima de violência, pois as ações realizadas pelo assistente social

contribuem para que esse profissional oriente o idoso sobre a garantia de seus direitos sociais através de políticas sociais, ações e serviços.

No HRP, a figura do assistente social, além de ter a possibilidade de responder a todas essas demandas apresentadas, ainda tem a potencialidade de investigar e atuar sobre o fato de que poucos casos de violência contra o idoso são denunciados pelos profissionais de saúde que ali trabalham.

Tal afirmação pode ser observada pelo fato de que entre os 131 casos notificados no HRP no período compreendido entre fevereiro e setembro de 2011, 76 eram referentes à violência contra crianças e adolescentes, 41 contra mulheres e apenas 09 contra idosos, sendo que dos casos referentes a idosos, não foi realizado nenhum atendimento psicossocial, devido às falhas no preenchimento da ficha de notificação⁶. Tal dado, no entanto, se mostra contraditório uma vez que, no mesmo período, foram denunciados na Defensoria Pública do Distrito Federal 336 casos de violência contra idosos.

Esses dados levaram ao questionamento: por que o número de casos de violência contra idosos denunciados dentro do Hospital Regional do Paranoá é relativamente menor do que o número de casos denunciados de violência contra crianças, adolescentes e mulheres?

Outro fato que é importante frisar é que o número de casos de violência contra idosos que são notificados da maneira correta no HRP é menor do que o número real de atendimentos a idosos vítimas de violência.

Explica-se tal fato através do conhecimento de que a maneira correta de se notificar um caso de violência no sistema de saúde é através do preenchimento da FICHA DE NOTIFICAÇÃO/ INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS, que foi feita pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação- SINAN da Secretaria de Saúde do Distrito Federal em parceria com o Ministério da Saúde.

Essa mesma ficha de notificação é utilizada no caso de violência contra crianças, adolescentes, mulheres e idosos, e deve ser preenchida pelo primeiro profissional da saúde que atender a vítima de violência, sendo que o profissional que preenche a ficha o faz via relato do próprio usuário.

⁶ Dados referentes ao levantamento feito no banco de dados do Programa Girassol do HRP em 26 de setembro de 2011.

No ano de 2011, houve 09 (nove) casos contabilizados no HRP de violência contra o idoso, sendo esse número referente aos casos que tiveram essa ficha de notificação preenchida. No entanto, foi observado que muitos outros idosos vítimas de violência foram atendidos nessa unidade de saúde, devido à existência de subnotificações (estas observadas através das Guias de Atendimento de Emergências, filtradas pelo Núcleo de Vigilância Epidemiológica) referentes a casos de violência contra o idoso, que não tiveram as fichas de notificação preenchidas.

As subnotificações eram documentos frutos do atendimento médico realizado, e contém de forma sucinta o tipo de agravo médico atendido, o nome do paciente e sua data de nascimento. Esse documento era gerado quando o paciente era acolhido na recepção do hospital, e não pretendia denunciar a agressão física, somente identificar o paciente e sua doença.

O problema do não preenchimento da ficha de notificação é que é através desse documento que terá início o processo de quebra do ciclo de violência ou que se realizará a busca ativa daquele paciente, oferecendo atendimento social e psicológico a aquele usuário. Se a ficha não for preenchida ou não for preenchida corretamente (em especial nos campos de telefone e endereço), todo o processo de acompanhamento do paciente será comprometido, o que impedirá o pleno acesso da vítima aos seus direitos.

A ficha de notificação tem papel fundamental, porque após o seu preenchimento, será encaminhada ao programa de atendimento a vítimas de violência do próprio local onde o usuário deu entrada para o atendimento médico, ou para o programa mais próximo de sua residência.

Após a chegada da ficha de notificação da violência no programa de atendimento a pacientes em situação de violência, o profissional responsável pela triagem, que frequentemente é um assistente social, deve entrar em contato com o usuário para marcar a data do seu acolhimento. Se na ficha de notificação não houver um número de telefone para contato, é necessário que seja feita a visita domiciliar para entrega da convocação para comparecimento do usuário ao programa.

Surge, então, a necessidade de se discutir por que os profissionais que atendem os idosos vítimas de violência não têm preenchido a ficha de notificação, enquanto o mesmo

instrumento é utilizado de forma relativamente eficaz na denúncia de casos de violência contra mulheres, crianças e adolescentes.

Dai surge a importância do assistente social do Programa Girassol atuar, inclusive nessa baixa notificação relacionada a casos de idosos vítimas de violência, pois a não notificação e o consequente não encaminhamento dos casos aos serviços responsáveis é uma forma de desamparo do idoso e violação dos seus direitos sociais.

Além do mais, a atuação do assistente social nesse sentido se torna imprescindível, principalmente quando se leva em consideração a hipótese que, devido ao não preenchimento da ficha de notificação nos casos de violência contra idosos, o fluxo de atendimento não tem sido cumprido.

No Hospital Regional do Paranoá, o fluxo de atendimento ao idoso vítima de violência pode ser representado pela figura abaixo:

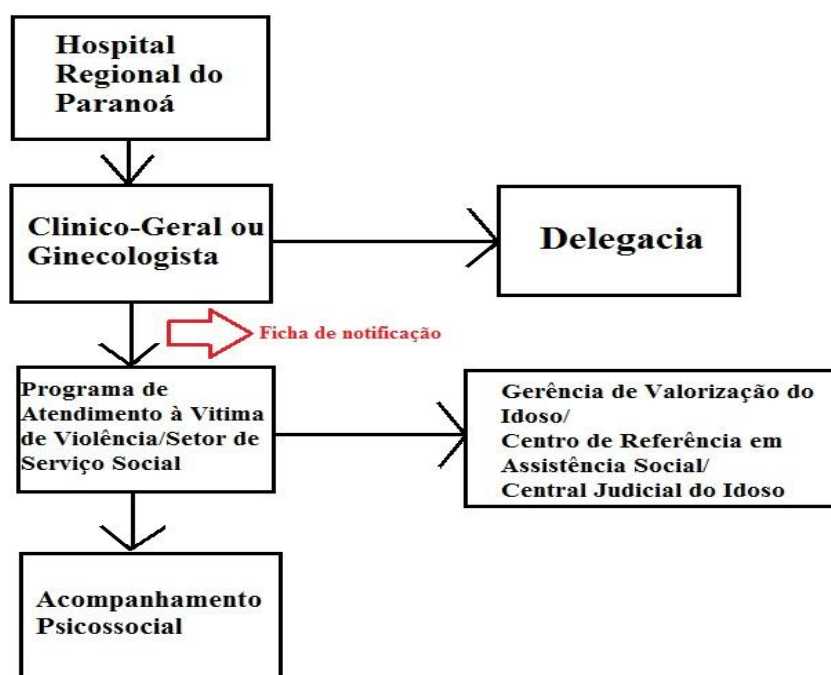


Figura 1: Fluxo de atendimento

Na figura acima, considera-se que o idoso tem como porta de entrada no sistema de saúde o Hospital Regional do Paranoá, onde ele pode ser atendido tanto no ambulatório quanto no Pronto-Socorro.

Os casos atendidos no Pronto-Socorro são aqueles que possuem certa urgência, e normalmente se referem a lesões mais sérias. Já os casos atendidos no ambulatório são aqueles que não possuem tanta urgência, e normalmente são casos de acompanhamento da saúde do idoso.

Seria nessa fase do atendimento que poderiam ser detectadas evidências de algum tipo de violência contra o idoso, tanto pelo técnico em enfermagem, quanto pelo enfermeiro ou pelo próprio médico. Seria obrigação legal desses profissionais preencher a ficha de notificação de violência de forma adequada, de forma que quando essa ficha chegar ao profissional do programa de atendimento a vítimas de violência e à delegacia, possa-se entrar em contato com a vítima.

No Hospital Regional do Paranoá, o Programa de Pesquisa, Assistência e Vigilância às Violências se chama Programa Girassol e consiste em um programa da Secretaria de Estado de Saúde do GDF que está vinculado ao Núcleo de Estudos e Programas para os Acidentes e Violências (NEPAV), da Subsecretaria de Vigilância Epidemiológica, como já foi explicado no capítulo I.

O Programa Girassol, que atualmente tem em sua equipe um assistente social e um psicólogo, é que realizará o atendimento psicossocial do idoso vítima de algum tipo de violência, sendo que o objetivo desse atendimento é justamente começar a trabalhar nesse usuário questões que vão além do agravo físico causados pela violência.

Outrossim, é o Programa Girassol que articulará o encaminhamento da denúncia para outras instâncias de atuação, ou para outros tipos de atendimento através da sua rede social.

Por essa razão é que se tornou tão importante estudar o Programa Girassol e a atuação do assistente social no programa, já que esse profissional torna-se o elo entre a vítima e todos os outros módulos de atendimento no hospital e na rede social pois, antes mesmo de começar seu atendimento psicológico com o objetivo de realizar o enfrentamento da violência, o idoso começa seu processo de fortalecimento no atendimento social com o assistente social.

Importante ressaltar novamente a necessidade do primeiro profissional de saúde que atender um idoso vítima de violência de preencher a ficha de notificação e encaminhá-la a um centro referencial de atendimento a vítimas de violência ou ao núcleo de serviço social da unidade, para que seja possível o contato do assistente social com essa vítima. Sem o

encaminhamento adequado desse usuário por parte da equipe de saúde que faz primeiro atendimento, fica impossibilitada a conexão do usuário com o assistente social.

Ou seja, são através desses atendimentos sociais que o profissional irá fazer o estudo de caso de cada usuário para analisar quais seriam os encaminhamentos adequados para esse indivíduo, fazendo assim com que os serviços cheguem ao usuário que deles necessita.

Esse tipo de ação realizada pelo assistente social tem o objetivo de garantir efetivamente os direitos sociais dos idosos, principalmente daqueles estão em condição de vulnerabilidade social, entre eles, os que são vítimas de violência.

De mais a mais, o papel do assistente social vai além do atendimento direto ao idoso vítima de violência. Como já foi dito anteriormente, o assistente social tem a possibilidade de pegar um caso individual e trabalhá-lo de forma coletiva, e isso também é possível nos casos de violência contra o idoso.

Um exemplo de tal atuação foi descrita em entrevista, quando o assistente social relata que ao realizar um atendimento a um idoso que é vítima de violência psicológica, existe a necessidade de um atendimento psicológico para esse usuário. No entanto, no Programa Girassol, a lista de espera para esse tipo de atendimento é muito longa, sendo atribuição desse profissional procurar formas de atendimento alternativas em sua rede social, para assim sanar a demanda imediata daquele usuário. Porém, o assistente social também tem potencial de transformar essa questão em uma problemática da instituição, com questionamentos do tipo “por que a fila de espera do atendimento psicológico é tão grande?”.

No mesmo sentido, o assistente social possui também como atribuição mobilizar o seu público alvo, nesse caso, os idosos, para cobrar do Estado respostas para problemas coletivos. O Estatuto do Idoso e a Política Nacional do Idoso, por exemplo, são leis fruto da mobilização social em que o Serviço Social teve papel central.

Observa-se então que o assistente social dentro do Programa Girassol tem a possibilidade de uma atuação diferenciada quando comparada a outros profissionais, e por isso figura como um ator tão importante no atendimento ao idoso.

Além disso, o assistente social possui a potencialidade de atuar junto com outros profissionais de saúde para tentar resolver o problema da não notificação dos casos de violência contra os idosos por que, primeiramente, a profissão tem caráter questionador, o que

possibilita que o problema seja investigado; ou seja, existe a necessidade de que no processo de atendimento dos usuários, haja um profissional crítico que questione por que o número de notificações de violência contra o idoso é baixa.

E, por fim, o assistente social é diferente dos outros profissionais da saúde, especificamente no contexto do Programa Girassol, porque possui como uma das suas atribuições capacitar os outros profissionais de saúde do HRP A em matéria de violência contra o idoso, podendo assim discutir os sinais da violência, as dificuldades relacionadas a esses casos, e principalmente, alertando sobre a necessidade do preenchimento da ficha de notificação.

No entanto, para possibilitar que o assistente social possa realizar todas essas ações, muitas outras variáveis precisam ser discutidas, como por exemplo, como os outros profissionais de saúde veem a atuação do assistente social no atendimento ao idoso vítima de violência.

No entanto, mais importante até do que fazer com que os outros profissionais entendam essa atuação, é importante investigar como o próprio assistente social enxerga sua atuação dentro do HRP A no atendimento a idosos vítimas de violência.

Ambas as questões estão relacionadas com outras discussões levantadas nesta pesquisa, como por exemplo, o que é violência e qual o objetivo do atendimento a essas vítimas dentro do contexto da saúde.

Um dos objetivos de responder todas essas questões é poder analisar de que maneira as políticas públicas sociais podem ser repensadas e discutidas de forma a atender efetivamente os idosos vítimas de violência, pois a hipótese apresentada é que mesmo que o assistente social no Hospital Regional do Paranoá tenha importante papel no atendimento do idoso vítima de violência, ele, ainda assim, encontra dificuldades em fornecer o atendimento ao usuário e atender suas demandas por conta da quebra de fluxo dentro do sistema de saúde no Hospital Regional do Paranoá, o que torna o serviço de atendimento a essas vítimas falho.

Tendo em vista esses limites e possibilidades, apresentam-se como objeto do próximo capítulo as considerações sobre o fluxo de atendimento no Hospital Regional do Paranoá, e sua importância para a atuação do assistente social.

CAPÍTULO III

Os limites e possibilidades da atuação do assistente social no Programa Girassol

Tendo como ponto de partida o modelo de fluxo de atendimento que foi apresentado no capítulo II, observa-se que a entrada do idoso vítima de violência no Hospital Regional do Paranoá pode ocorrer tanto pelo Pronto Socorro quanto pelo Ambulatório.

Nesses dois pontos de atendimento, o primeiro contato da vítima é frequentemente com os profissionais de saúde que atuam diretamente nesse setor, como é o caso dos médicos e dos enfermeiros.

Durante esse primeiro atendimento, caso o profissional suspeite ou tenha a confirmação de que o idoso foi vítima de violência, é obrigatório o preenchimento da Ficha de Notificação, assim como determina o Estatuto do Idoso.

O preenchimento da ficha de notificação possui como objetivo principal realizar a notificação formal desse caso, de forma que o idoso seja encaminhado para todos os outros serviços possíveis.

Como já discutido nos capítulos anteriores, consideramos como o profissional adequado para realizar a ponte entre o idoso vítima de violência e os seus direitos sociais, o assistente social, tendo em vista que esse profissional possui a possibilidade de atuar plenamente junto à vítima.

Porém, o que foi constatado durante pesquisa realizada dentro do Programa Girassol é que o fluxo de atendimento ao idoso vítima de violência por parte do Serviço Social tem sido falho, pois os casos de violência não têm sido notificados, o que inviabiliza a chegada do caso ao atendimento social, o que resulta em um desamparo ao idoso.

Para entender onde o fluxo de atendimento tem falhado, foi realizada pesquisa no ambiente do Hospital Regional do Paranoá, com entrevistas aos profissionais que atuam diretamente no atendimento ao idoso vítima de violência.

O objetivo de realizar essa entrevista foi saber dos próprios profissionais seus conceitos acerca do tema, e assim, tentar identificar por que o fluxo de atendimento tem sido falho.

A primeira problemática escolhida para ser abordada foi o que os profissionais de saúde que atuam perante o idoso vítima de violência consideram como violência e como eles identificariam esses casos.

A necessidade de se abordar tal questão surgiu da hipótese levantada durante o referencial teórico de que a atuação do assistente social é diferenciada, pois ele visa à atuação plena junto ao usuário, enquanto os outros profissionais da saúde, como médicos, enfermeiros e psicólogos, abordam a vítima levando em consideração somente os aspectos biológicos.

O psicólogo entrevistado, que realiza o atendimento no Programa Girassol, exemplifica tal ação ao falar sobre as formas de atendimento no Hospital Regional do Paranoá, frisando que considera que existem dois tipos de atendimentos: o ideal e o que é efetivamente realizado no Hospital Regional do Paranoá.

O entrevistado afirma que o primeiro tipo é o atendimento que a Lei Orgânica preconiza, no qual o usuário seria assistido tanto nos seus aspectos físicos quanto sociais, “no qual não somente os sintomas fossem ouvidos, mas as histórias por trás disso”, e que seria o atendimento ideal.

Porém, concordemos com a próxima colocação do entrevistado, que defende que:

A realidade da saúde é que a demanda é enorme, que o tempo dos atendimentos é limitado, e que os médicos tentam fazer um atendimento de qualidade, mas pontual. Ouvem os sintomas, identificam o adoecimento físico e passam o caso para frente.

O médico entrevistado faz uma colocação semelhante, ao defender que:

O médico, que eu creio que durante a consulta vai poder tentar por meio de mecanismos de consulta clínica, de exame clínico, até exames laboratoriais, descobrir se o paciente está tomando alguma substância medicamentosa além das doses receitadas para ele, suspeitar que algo está acontecendo, que algo fora de sua condição normal está acontecendo, e isso a gente tem como detectar.

Observa-se então que existe um padrão de atendimento realizado pelos profissionais da saúde que é, sim, pautado pela abordagem biológica, onde em um momento de consulta com o idoso, as maiores evidências investigadas são relativas às marcas físicas de violência, o que acabaria por negligenciar as violências que não deixam esse tipo de marcas, como é o caso da violência psicológica e patrimonial, por exemplo.

Uma das hipóteses para esse fenômeno é que a formação acadêmica desses profissionais é muito voltada para os aspectos biológicos do indivíduo, ao contrário do que acontece na formação do assistente social.

Outra hipótese levantada foi que o tipo de atendimento prestado por esses profissionais está muito interligado com as suas concepções sobre o que é violência, sendo que esses profissionais poderiam levar em conta somente como violência aquelas ações que se manifestam em agressões físicas, sexuais e o ato da negligência para com o idoso.

Entretanto, o que foi constatado nas entrevistas é que, ao questionar os profissionais do HRP de forma direta sobre o que seria violência, eles apresentaram conceitos abrangentes. Em geral, os entrevistados concebem como violência não somente aquelas que deixam marcas físicas, mas também citam a violência emocional (ou psicológica), a patrimonial e a moral, por exemplo.

Tal fato demonstra que esses profissionais consideram outros tipos de violência, mas têm dificuldade em seu cotidiano profissional de realizar um atendimento que atenda o usuário de forma completa e que possibilite descobrir esses outros tipos de violência.

Um exemplo disso pode ser observado na declaração abaixo, dada por enfermeiro:

Existem idosos que chegam com um odor fétido, vêm pra consulta com um odor fétido. Por quê? Por que não fez a higiene? Por que não está usando uma fralda? Então, são esses detalhes que não podem passar despercebidos. Várias coisas que passaram aqui pelas consultas, durante o atendimento, não dá pra acompanhar por que a gente está aqui fazendo outro atendimento. E aí o que acontece, o paciente está sem tomar medicação e está com 120 de pressão. “E aquela medicação, o que aconteceu?” “Ah, parei de tomar”. “O que o senhor comeu?” Nenhum paciente que eu atendi agora de manhã comeu. Aí você vê, a família não cuida, e eles não querem nem saber se deixou de comer. Ai fica aqui até meio dia pra ser atendido sem comer nada. Entendeu? É muito importante a gente estar atento a isso. Nesses casos, a gente bota um mosquitinho na ficha do paciente, para ficar atento. Vêm todos eles com fome, a maioria vem sem comer nada. E isso é uma negligência da família; isso é uma violência.

A declaração acima demonstra que o enfermeiro só começa a prestar atenção no idoso depois que ele demonstra estar com um problema de saúde físico, nesse caso, a manifestação da pressão alta, e do relato de estar com fome, além das condições de higiene precárias.

Porém, esse profissional, durante toda colocação, não fala de um momento do atendimento com o idoso em que ele seja ouvido de maneira que possibilite que outras formas

de violência se evidenciem, em outras palavras, não existe um momento do atendimento em que o idoso se sinta confortável para relatar maus-tratos emocionais, por exemplo.

Nesse caso, o assistente social poderia atuar abordando outros aspectos da problemática, como por exemplo, fazer uma entrevista social com a família para tentar entender por que esse idoso está sendo mal alimentado. Esse tipo de abordagem é muito importante, pois a possibilidade é que esse idoso passe fome não por ser uma vítima de maus-tratos, mas sim, por que essa é uma família de baixa renda que não tem recursos para ter uma boa alimentação.

A atuação do assistente social nesse contexto seria benéfica ao apontar políticas sociais para combater essa problemática no âmbito familiar, de forma que não houvesse uma culpabilização da família, mas sim uma discussão construtiva que aumentasse a qualidade de vida desse idoso, e também da sua família.

Fato semelhante pode ser observado no relato do médico, na qual ele coloca de que forma ele conduziria um atendimento a um idoso que ele suspeita ser vítima de violência, sendo que, nesse relato específico, o entrevistado se refere à negligência:

Você tem que ver em relação a clínica médica dele, se ele recebeu medicação, se ele está tomando essa medicação ou não e por que, se ele está apresentando algum outro sinal físico, se fez algum exame no qual a gente possa identificar se ele estava evoluindo e em algum ponto ele começou a apresentar outras alterações...

Nessa declaração pode-se observar que mesmo no caso de suspeita de um tipo de violência, existe ainda somente a análise das evidências físicas, enquanto o idoso pode ser vítima de violências que não deixam marcas, como já explicitado.

É nesse contexto que a atuação do assistente social se dá de forma diferenciada, pois a visão desse profissional é distinta, como se observa na exposição abaixo, quando questionado ao assistente social como ele identificaria um caso de violência contra o idoso:

É bastante comum que o idoso comece a ficar mais deprimido, comece a se isolar, e a gente pode perceber também na própria fala dos familiares e dos cuidadores, que são responsáveis por cuidar desse idoso. Certa ausência, sabe?

Dessa maneira, podemos perceber a diferença da atuação do assistente social quando comparada com a atuação dos outros profissionais, cujo próprio campo de investigação para

descobrir uma violência é mais abrangente, e não somente o depoimento da suposta vítima é analisado, mas também o dos seus familiares.

Outro ponto que merece atenção é que, mesmo nos casos onde o profissional de saúde constata uma violência, existe a preocupação somente com a vítima, e não uma intenção de diálogo em que o profissional de saúde procure contextualizar a violência e propor ações à vítima e a seus agressores.

Tal ação de possibilitar o diálogo também com os agressores é uma resposta necessária principalmente no atual contexto em que é cada vez mais frequente que a maioria dos agressores dos idosos esteja em seu seio familiar ou com o qual o idoso desenvolva laços de afetividade, ou seja, a violência intrafamiliar.

Os profissionais entrevistados possuem uma noção clara que nos casos de violência contra o idoso, frequentemente o agressor é justamente alguém da confiança da vítima, o que faz com que a identificação da violência seja muito mais difícil, como exemplifica o relato a seguir:

Então o idoso vai fazer de tudo para esconder que o filho ou marido, ou enfim, alguém afetivamente próximo, tem realizado um ato de violência contra ele. Quando é um estranho, tudo bem. Mas quando é alguém próximo, e nos casos de violência contra o idoso, geralmente o idoso faz de tudo pra proteger *[o agressor]*.
(Psicólogo)

Nesse relato, pode-se observar que o profissional da saúde entende esse fator da violência, em que o idoso possui uma relação de afetividade com o seu agressor, e que seria necessária uma atuação diferenciada junto a essa vítima, pois somente a denúncia não seria suficiente para resolver o problema do idoso.

O assistente social tem a possibilidade de se tornar o agente que garantirá o direito do idoso de não ser objeto de qualquer tipo de negligência, discriminação, violência, crueldade ou opressão, como preconiza o artigo 4º do Estatuto do Idoso. Porém, essa ação não está atrelada somente à denúncia efetiva da violência e consequente punição do agressor, mas também a um trabalho de conscientização da rede de apoio a esse idoso.

É importante pontuar também sobre o não preenchimento da ficha de notificação e que, sem esse procedimento, o atendimento ao idoso vítima de violência fica restrito ao

âmbito médico, e como já foi assinalado mais acima. Esse tipo de atendimento não é detalhado o bastante, podendo deixar escapar sinais de outras violências menos visíveis.

Em um momento do relato do psicólogo, por exemplo, ele exemplifica como uma forma de violência ações que acabam por diminuir a auto-estima do idoso. Porém, para realizar um atendimento que consiga detectar os sinais desse tipo de violência, são necessários mais do que atendimentos rápidos e pontuais; são necessários atendimentos que, em primeiro lugar, possibilitem o estabelecimento de uma relação de confiança entre a vítima e o profissional.

A relação de confiança se torna importante, pois é difícil para o idoso denunciar ter sido vítima de uma violência, levando em consideração que ser vítima de uma violência normalmente cria um sentimento de vergonha e culpa por parte da vítima, sendo esses sentimentos muito mais pronunciados nos casos em que o agressor é alguém com quem a vítima possui laços de afetividade.

Considera-se que dentro do Hospital Regional do Paranoá, quem possui mais potencialidade para realizar esse tipo de atendimento são os profissionais do Serviço Social do Programa Girassol, devido à configuração do seu trabalho e suas próprias atribuições privativas, como já foi discutido nos outros capítulos.

Porém, como já foi explicitado no início do capítulo III, a atuação do assistente social perante o idoso vítima de violência que é atendido no Hospital Regional do Paranoá tem sido falho, pois como não há o preenchimento da ficha de notificação pelos profissionais de saúde que estão na ponta do atendimento, os casos não têm conseguido chegar até o assistente social, o que termina sendo uma negação dos direitos sociais do idoso.

Durante as entrevistas realizadas com os profissionais do HRP, algumas das questões levantadas se referiam a visão deles sobre o fluxo de atendimento ao idoso vítima de violência, sendo que a visão dos assistentes sociais entrevistados concorda com a desta pesquisa, de que o fluxo de atendimento no HRP não tem sido cumprido pelos profissionais que estão na ponta do atendimento e não preenchem a ficha de notificação. A declaração a seguir exemplifica tal situação:

O que acontece, muitas vezes, é que a gente fica sabendo de alguma coisa quando o idoso está abandonado, e como ele está abandonado aqui, a enfermagem geralmente chama a gente por que o idoso precisa de acompanhante, e não o tem. (Assistente Social)

Essa colocação é interessante, pois exemplifica exatamente que o contato com o Serviço Social da instituição só é realizado depois que a situação do idoso se torna crítica, sendo que outros sinais de violência possivelmente existiam antes do abandono efetivo do usuário, e esses sinais não foram observados ou relatados em nenhuma ficha de notificação.

Outros entrevistados também fazem colocações semelhantes, quando concordam com a ideia de que o fluxo de atendimento é falho:

É muito difícil ver o profissional de saúde que está lá na ponta, ou no ambulatório, ou na clínica médica ter esse olhar, para conseguir identificar as contradições, os sinais de instabilidade emocional, que podem estar indicando outro tipo de violência. E isso se reflete no baixo número de casos notificados. (Psicólogo)

O fluxo do idoso vítima de violência, eu vejo como um fluxo muito lento; ele não tem um bom fluxo. Ele [*o idoso*], na verdade, é encaminhado por nós que somos geriatras/gerontólogos. Somente. Ninguém faz esse encaminhamento. Da Emergência, raras vezes eu acredito que venha algum encaminhamento. E na verdade, o que acontece, é que o idoso que é atendido pela Emergência deveria ser sempre tratado como vítima de violência. Por que, na verdade, esse idoso tem que ser acompanhado na clínica, na geriatria, na cardiologia, entendeu? Então se ele só vai pra emergência nos picos de gravidade, é uma violência, por que ele tem que estar sendo acompanhado na clínica, rotineiramente. (Enfermeiro)

Observa-se nessas colocações, então, que os profissionais concordam que o fluxo de atendimento é falho, e acreditam que a falha está justamente no profissional que está na ponta do atendimento e que não preenche a ficha de notificação.

Além do que, a declaração do enfermeiro trás uma visão interessante e com a qual esta pesquisa concorda, de que a atenção dedicada ao idoso na Emergência deveria ser muito maior, pois o fato daquele idoso estar tendo que visitar o Pronto-Socorro já pode ser um indício de que algo está errado com ele, e que ele pode, sim, estar sendo vítima de uma violência.

Nesses casos, o preenchimento da ficha de notificação seria ainda mais importante, com o objetivo de o caso conseguir chegar ao Programa Girassol, sendo seu papel realizar um

atendimento mais completo para ter certeza da violência, além de realizar uma análise do sujeito em sua totalidade.

Uma das justificativas dos profissionais para o não preenchimento dessas fichas de notificação é que o atendimento, na verdade, é feito da maneira que a própria instituição permite, sendo necessário pontuar que existe um déficit de recursos físicos e humanos que dificulta o processo.

Uma possível explicação para essa quebra de fluxo de atendimento apontada pelos assistentes sociais, é que falta capacitação direcionada aos médicos e enfermeiros com o objetivo de falar sobre violência contra o idoso, e principalmente, com o objetivo de alertá-los da necessidade de se preencher a ficha de notificação em caso de simples suspeita de violência e também quando a violência é efetivamente constatada.

Um dos assistentes sociais entrevistados confirma tal hipótese quando afirma que:

O fluxo de atendimento proposto pelo Manual de Atendimento a Vítimas de Violência é suficiente. O difícil é aplicar esse fluxo, fazê-lo funcionar. Ainda que o fluxo esteja no papel, escrito, e que haja orientação técnica, o que se observa são as dificuldades para consolidar o serviço.

Segundo o fluxo de atendimento, é necessário que, após o atendimento pelo profissional de saúde que suspeite ou confirme que o idoso foi vítima de violência, a ficha de notificação seja preenchida pelo profissional, para que através dela seja feito o encaminhamento desse idoso para o Programa Girassol, no qual ele seria atendido pelo assistente social.

No entanto, como o não preenchimento da ficha de notificação é frequente, observa-se que é mais provável que a quebra de fluxo de atendimento ao idoso ocorra nesse momento, de forma que seus direitos sociais não serão respeitados.

Outro objetivo da pesquisa foi justamente saber dos profissionais envolvidos no atendimento ao idoso vítima de violência o porquê do não preenchimento da ficha de notificação nesses casos tem sido tão frequente, considerando que a maioria dos profissionais entrevistados concorda que a ficha de notificação é um importante instrumento na atuação junto ao idoso vítima de violência.

A primeira hipótese cogitada foi que a ficha de notificação, no modelo atual, não é de fácil preenchimento pelos profissionais, o que acabaria por desestimular o seu uso nos casos de violência, o que foi, em parte, confirmado pelas entrevistas.

Os assistentes sociais, o psicólogo e o médico entrevistados concordam que a ficha de notificação é muito extensa e não é auto-explicativa, o que dificulta seu preenchimento, principalmente se levarmos em consideração que o tempo de atendimento é curto.

Já o enfermeiro entrevistado acredita que a maioria das questões da ficha de notificação é auto-explicativa, no entanto, pontua que vê a ficha de notificação como um instrumento muito mais voltado para crianças e adolescentes vítimas de violência sexual e física, o que a tornaria de difícil preenchimento em casos de violência contra o idoso.

É importante pontuar que todos os profissionais entrevistados ressaltam que, além das razões já explicitadas para o não preenchimento da ficha de notificação, eles acreditam que a falta de cursos e palestras sobre o assunto também dificulta que o profissional da saúde saiba que esse instrumento de notificação é compulsório tanto em casos de violência efetiva quanto na suspeita de violência.

Além do mais, outra coisa que foi observada nas entrevistas é que houve capacitação e cursos pontuais dentro do HRP, porém existe uma burocracia institucional muito grande na liberação dos profissionais para participar desses cursos, sendo que, normalmente, apenas os chefes de setor participam. Essa verticalização das capacitações é prejudicial, pois o profissional que trabalha diretamente com os pacientes é que deveria ser orientado sobre como realizar esse atendimento, e não o chefe de setor, que possui pouco contato com as vítimas.

Uma das atribuições do assistente social que está no Programa Girassol, como já pontuado antes, é realizar a capacitação dos profissionais do HRP no campo do atendimento a vítimas de violência. No entanto, dentro do Programa Girassol, esse profissional atualmente possui, além de suas obrigações administrativas de coordenador o programa, a atribuição de também realizar os atendimentos sociais das vítimas de violência, o que deixa pouco tempo para realizar a capacitação dos profissionais de saúde no atendimento às vítimas de violência.

Sendo assim, conclui-se que falta um comprometimento da instituição no sentido de aumentar a equipe do Programa Girassol, para que o assistente social possa se dedicar

exclusivamente aos atendimentos sociais, e que outro profissional seja nomeado para cuidar da parte administrativa do programa, como por exemplo, as capacitações.

É preciso salientar que defendemos que o profissional ideal para realizar esse tipo de atuação também é o assistente social, porém que seriam necessários dois assistentes sociais no programa ao invés de um, cada um atuando em uma frente do Programa Girassol.

Uma das possibilidades consideradas sobre o porquê do número reduzido de assistentes sociais no Programa Girassol é que, mesmo que esse profissional seja essencial no atendimento aos idosos vítimas de violência, os outros profissionais da saúde não têm esse pensamento.

Essa hipótese também foi considerada como um dos possíveis motivos da baixa notificação dos casos de violência contra o idoso, sendo discutido que talvez os outros profissionais de saúde não notificassem os casos por não acharem relevante a atuação do assistente social junto aos idosos vítimas de violência.

Uma das razões que motivaram essa hipótese foi que os profissionais de saúde, como já explicitado, possuem uma visão focada no aspecto biológico do usuário, e que isso poderia influenciar na sua percepção sobre a importância do atendimento social e psicológico da vítima.

Nas entrevistas, o primeiro fato que chamou atenção sobre a perspectiva dos profissionais de saúde sobre a atuação do assistente social é que talvez exista a possibilidade de que nem todos os profissionais saibam exatamente quais as atribuições do assistente social, como se exemplifica na seguinte declaração do enfermeiro:

Aqui, o que a gente mais encaminha é caso para o Serviço Social. Por que se o paciente idoso tem alguma deficiência, se é um caso que a gente não pode ajudar, o Serviço Social pode. Por exemplo, tem coisas aqui que eu não faço por que é papel do Serviço Social. Por exemplo, preencher o papel do passe do idoso. Eu não preencho por que isso é papel do assistente social.

Nessa declaração fica nítido que os outros profissionais de saúde não possuem claro entendimento sobre atribuições do assistente social no âmbito da saúde. Por exemplo, é papel do assistente social garantir o direito do idoso de se locomover gratuitamente por meio do transporte público, sendo uma das suas ações possíveis informar o idoso sobre esse direito e como conseguir acessá-lo; mas a ação de preencher o papel do passe do idoso não é específica

do assistente social. O preenchimento do papel de passe é uma ação administrativa que poderia ser executada por qualquer profissional.

Outro problema apontado nas entrevistas é que o profissional de saúde pode até saber qual a atuação do assistente social, entretanto, ele não sabe quais os instrumentos que o profissional pode utilizar para realizar essa atuação, e também não se dá conta de que muitas vezes a falha está exatamente no âmbito institucional desses instrumentos.

O seguinte depoimento, dado por um médico, exemplifica essa problemática:

Por que, o que acontece quando esse idoso chega aqui? Ele chega extremamente fragilizado. Então a gente tem o papel do médico e do enfermeiro de formação, de reabilitar esse paciente, colocá-lo em condições próprias novamente; isso se o organismo dele permitir e outros fatores relacionados. Depois disso, a gente espera que haja a participação do assistente social nesse processo, de forma que ele integre essa pessoa novamente à sociedade, seja dentro de instituições ou dentro da família. E esse é o nosso maior ponto de divergência, por que a gente não entende muito bem por que esses casos não são resolvidos.

O que falta nessa opinião do médico é a visão crítica de que, às vezes, o assistente social necessitará de outros recursos que vão além daqueles que estão disponíveis dentro do Hospital Regional do Paranoá, e que, frequentemente, não são disponibilizados pela rede de saúde do Distrito Federal.

Um exemplo disso é o fato de que muitos idosos vítimas de violência que são atendidos pelo Programa Girassol necessitarão de atendimentos específicos, como por exemplo, de um nutricionista ou oftalmologista. Porém, a fila de espera para se consultar com esses profissionais dentro do HRPDA é muito longa. Pode-se considerar, nesse aspecto, que um dos papéis do assistente social é garantir atendimento a esse usuário por outras vias que não o HRPDA, como por exemplo, encaminhá-lo ao Centro de Saúde.

No entanto, na atual realidade da saúde pública do Distrito Federal, o que acontece é que não há vagas de atendimento na maioria das especialidades médicas, mesmo quando o encaminhamento é realizado pelo assistente social.

É frequente que nesses casos o médico culpe o assistente social pelo não atendimento das demandas do idoso que é vítima de violência, quando na realidade o assistente social fez o seu trabalho, que é procurar maneiras alternativas de atendimento; o que aconteceu, na verdade, foi que a própria rede de atendimento da saúde não disponibiliza os meios para que o assistente social responda a essa demanda.

Nesse caso, entra em cena também a necessidade de pesquisar sobre como o próprio assistente social vê sua atuação; ou seja, se ele se vê como um profissional que tem como objetivo ultrapassar as barreiras institucionais, de modo que os direitos sociais do usuário sejam de fato atendidos.

No depoimento dos assistentes sociais entrevistados, é perceptível que sua formação acadêmica e contínua experiência profissional possibilitaram que esse profissional tenha bem definido a sua função de garantir os direitos sociais dos idosos, ultrapassando as barreiras institucionais e atendendo o idoso vítima de violência em sua totalidade.

Uma colocação muito importante, que exemplifica essa consideração, foi feita por um dos assistentes sociais entrevistados:

O assistente social deve estar lidando com a questão do fortalecimento dos vínculos comunitários, da inserção em programas sociais, fornecendo o apoio necessário a essas famílias e mostrando o tanto que essa família é responsável pelo cuidado com esse idoso, conforme preconiza o Estatuto do Idoso. E aí se observa se existe a possibilidade desse idoso continuar convivendo com a família. E aí estamos falando de família, mas a violência também pode acontecer no âmbito extra-familiar. E então o idoso é encaminhado, orientado em relação à denúncia, ao processo de intervenção legal, encaminhado para as promotorias, para acompanhamento psicológico à família e ao idoso, se necessário.

Observa-se aí que o assistente social tem em seu horizonte de atuação o acompanhamento do idoso vítima de violência em todas as etapas do processo de fortalecimento social, e não só no primeiro contato com a vítima, quando serão realizados os encaminhamentos necessários.

Essa consciência é de grande importância, pois o idoso que sofre uma violência não fica somente fragilizado física, patrimonial ou emocionalmente; ele se torna vulnerável, também, no contexto social. Sendo assim, considera-se que o assistente social tem dois importantes momentos de atuação: em primeiro lugar ele atuará juntamente com o idoso, realizando os encaminhamentos necessários ao seu fortalecimento físico, psicológico e social.

Porém, como já foi discutido acima, o sistema de saúde do Distrito Federal possui atualmente muitas falhas, e esse é um problema que não fica restrito às políticas de saúde, mas que se estende também às políticas de emprego, assistência social, habitação, previdência e outras. Tendo isso em vista, fica claro que a simples ação do assistente social de realizar um encaminhamento não resultará na efetiva garantia de direitos do idoso que sofreu violência.

Nesse aspecto, se torna latente que o assistente social atue junto à vítima em um segundo momento, com o objetivo de certificar-se que esses direitos sociais sejam garantidos de outra forma, sendo que se considera aqui a mobilização social como meio ideal para esse objetivo.

É importante ressaltar nesse ponto que a atuação do assistente social no sentido de mobilização social é um processo ambivalente, levando-se em consideração que ao mesmo tempo em que há a necessidade de uma resposta imediata para as demandas do usuário, é papel do assistente social também incentivar uma discussão crítica sobre as deficiências do sistema.

Um exemplo desse dilema seria que ao atender o caso de um idoso que necessita urgentemente de um serviço não disponibilizado pelo Estado, o assistente social pode encaminhar o usuário de forma que as suas demandas sejam atendidas pela sociedade civil – que nesse caso poderá se manifestar através de Organizações Não-Governamentais, por exemplo – e seu problema seja resolvido de forma imediata, porém não problematizando a questão no contexto coletivo.

Por outro lado, o assistente social tem a potencialidade de articular com um grupo de idosos da cidade a discussão da razão de o Estado não estar garantindo seus direitos sociais em sua totalidade, assim como são previstos pela legislação, e estar, na realidade, transferindo suas responsabilidades para a sociedade civil.

Dessa forma, considera-se que o assistente social tem a possibilidade de deixar de realizar um atendimento de cunho somente individual, e passar a atuar perante uma demanda coletiva, que é fruto do sistema econômico vigente e da cultura do nosso país, assim como foi discutido nos capítulos anteriores.

Para exemplificar, a colocação abaixo do assistente social é significativa:

Então, dependendo do caso, o CREAS⁷ ou o CRAS⁸ são acionados. Mas, quando é relacionado à violência, é o CREAS ou a PRODIDE⁹. Porém, antes tentamos sempre

⁷ O Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) configura-se como uma unidade pública e estatal, que oferta serviços especializados e continuados a famílias e indivíduos em situação de ameaça ou violação de direitos.

⁸ O Centro de Referência em Assistência Social (CRAS) atua como a principal porta de entrada do Sistema Único de Assistência Social (Suas), dada sua capilaridade nos territórios e é responsável pela organização e oferta de serviços da Proteção Social Básica nas áreas de vulnerabilidade e risco social.

⁹ A PRODIDE- Promotoria da Pessoa Idosa e da Pessoa com Deficiência- é uma promotoria do Ministério Público do Distrito Federal e Territórios que possui como objetivo cuidar da defesa dos direitos assegurados a idosos

conversar com a família pra entender o que está acontecendo. Uma coisa que acontece muito por aqui e que a gente vê é que quando o idoso está muito abandonado, pode ser que a família não esteja sendo tão negligente, eles podem ter passado por uma situação complicada. Às vezes próprio o idoso é um abusador ou um agressor. Então a família não quer cuidar quando chega a essa idade.

Na colocação acima, é importante pontuar duas coisas: primeiro, que a violência não é somente uma questão de culpabilização, mas fruto também de uma série de outros fatores que precisam ser analisados e discutidos. Ao fazer essa reflexão é que o profissional do Serviço Social possibilita que sua atuação não tenha implicações somente no âmbito individual, mas também no coletivo.

Segundo, é importante discutir sobre o papel do assistente social na atuação junto ao idoso vítima de violência, em que ele atenderá a vítima integralmente, tanto física, quanto psicológica e socialmente.

Uma das formas do profissional atender em todas essas dimensões é através dos encaminhamentos, já citados anteriormente, tendo em vista que não é papel do profissional do Serviço Social atender ele mesmo a todas as demandas do usuário. Um exemplo disso é que não é papel do assistente social realizar atendimentos psicológicos aos usuários, mas sim garantir que esses serviços lhes estejam disponíveis no âmbito público.

Teoricamente, qualquer profissional de saúde pode fazer um encaminhamento para outra instituição com o objetivo de garantir os direitos sociais do usuário, todavia, foi observado que no contexto do Hospital Regional do Paranoá, o assistente social é o profissional que mais realiza encaminhamentos com essa finalidade, utilizando primordialmente a rede social do Paranoá e Itapoã.

A rede social é um grupo de órgãos, serviços, programas e entidades de cunho tanto privado quanto público, que têm como objetivo garantir resposta às demandas da população da região. No caso de encaminhamentos de idosos vítimas de violência, os principais órgãos relatados como parceiros pelos profissionais entrevistados estão o CREAS, o CRAS, a PRODIDE, a Defensoria Pública, o CAPS, Lar dos Idosos e Lar dos Velhinhos.

Vemos que dentre esses encaminhamentos, uma parte é feita para o serviço público e outra, para o serviço privado, o que mostra que na atuação cotidiana do assistente social existe

no Estatuto do Idoso, através de um trabalho preventivo em relação às questões do envelhecimento e fortalecimento da rede social existente.

a preocupação de em primeiro lugar responder às demandas imediatas das vítimas, o que é muito sensato quanto se considera que as vítimas de violência possuem necessidades urgentes para serem tratadas.

Porém, existe um momento posterior da atuação no qual o assistente social do Programa Girassol tenta ampliar a abrangência de sua ação, como explicitado no testemunho a seguir:

Eu faço parte, aqui no Paranoá, da rede social do Paranoá e Itapoã, da qual participam diversos órgãos da comunidade, realizamos diversas ações de controle social e de mobilização com a comunidade, de organização política para fortalecimento de políticas públicas existentes na região, trabalhos bastante juntos. Eu posso falar que a rede social daqui é bastante fortalecida.

Assim, pode-se presumir que a rede social no Paranoá e Itapoã tem a função de responder às demandas da população, mas também de formar um grupo forte e coeso, que cobre do Estado o fortalecimento das políticas públicas. Em ambas essas atuações, a figura do assistente social é importante para garantir que o usuário tenha o direito de ser atendido em todas as dimensões.

A preocupação do assistente social do Programa Girassol em garantir o acesso do idoso vítima de violência a vários tipos de atendimento advém do fato já discutido em pesquisa, de que a violência acaba por ferir a vítima não só fisicamente, mas também, como já citado, no âmbito social e psicológico.

Daí, o assistente social tem a função de fazer encaminhamentos e garantir o acesso a esses atendimentos, pois ele não possui a função de sanar ele mesmo das demandas de foro físico e psicológico, por exemplo.

O psicólogo, por exemplo, define como seu papel dentro do HRP:

Primeiro, de avaliar se a demanda da pessoa é de cunho psicológico ou não. Por que não adianta querer fazer o acompanhamento psicológico todos os casos que chegam. Às vezes, as pessoas têm questões, mas não têm nenhuma demanda de aspecto psicológico, e eu não posso obrigar a pessoa a querer falar. Tem a questão da demanda interna de atendimento psicológico, e tem casos que não existe necessidade de atendimento psicológico. É papel do psicólogo fazer a avaliação da necessidade psicológica e também do próprio acompanhamento psicológico.

Esse tipo de atendimento é especialidade do psicólogo, e não cabe ao assistente social fazê-lo. Na realidade, o assistente social não possui nem a formação necessária para realizar esse tipo de atendimento, da mesma forma que os outros profissionais de saúde não possuem o mesmo tipo de atuação que o assistente social.

O mesmo raciocínio se aplica ao atendimento realizado pelos médicos e enfermeiros, nos quais já foi pontuado que os aspectos físicos da violência são postos em evidência. Não é possível analisar os casos dos idosos que dão entrada no HRP A somente pelos aspectos biológicos, mas é importante destacar que esse tipo de observação também não pode ser ignorada.

Sendo assim, a atuação dos médicos, enfermeiros e psicólogos em conjunto torna-se essencial para tratar dos aspectos da violência que não dizem respeito ao assistente social, como por exemplo, investigar se o idoso possui indícios de negligência.

É essencial, no contexto do Hospital Regional do Paranoá, que o atendimento prestado ao idoso vítima de violência seja realizado por uma equipe multidisciplinar que consiga dialogar entre si, de forma que todos os aspectos da violência possam ser tratados.

Nesse contexto, o assistente social se torna figura importante para realizar a conexão entre as diversas especialidades e também problematizar o fato de que, mesmo que a legislação garanta o atendimento integral ao idoso, o Estado não consegue atualmente responder a essa demanda.

Porém, essa forma de atuação não tem sido efetiva, pois, como foi comprovado em entrevistas, o não preenchimento das fichas de notificação impossibilita que o fluxo de atendimento se dê de forma correta e que o caso chegue até o assistente social, impossibilitando assim que o assistente social atue de forma plena na garantia de direitos dos idosos vítimas de violência.

Dessa forma, observa-se que uma mudança benéfica possível para a não quebra do fluxo de atendimento ao idoso seria a de realizar a capacitação de profissionais dentro do Hospital Regional do Paranoá, dirigida especificamente para os profissionais de saúde que atendem nas pontas da instituição, como por exemplo, médicos e enfermeiros do Pronto Socorro.

O objetivo dessa ação seria sensibilizar os profissionais que têm o primeiro contato com a vítima da importância do preenchimento da ficha de notificação relacionado a um caso de violência contra um idoso.

Além disso, propõe-se uma fiscalização mais rígida por parte dos chefes de unidades com relação aos casos de violência que não forem notificados, pois os profissionais de saúde precisam ter consciência de que o ato de não preencher a ficha de notificação traz consequências graves à vítima.

Observa-se que essas são necessidades para aprimorar o atendimento ao idoso vítima de violência e a consequente garantia de seus direitos sociais.

Portanto, viu-se, após as entrevistas, que o Programa Girassol é um importante instrumento na garantia de direitos dos idosos, sendo essa uma parcela da população que vem crescendo no Brasil, como visto nos capítulos anteriores.

De mais a mais, destaca-se que, tendo em vista que um dos responsáveis por proteger os idosos são as políticas públicas de saúde, o Programa Girassol se torna um agente muito importante nesse processo, tendo a possibilidade de articular respostas para o idoso.

Contudo, o que se observou em toda a pesquisa e, especificamente nas entrevistas com os profissionais de saúde, é que sem a atuação efetiva do assistente social devido ao não encaminhamento do idoso ao Programa Girassol, o serviço não tem conseguido garantir o direito do idoso e, consequentemente, não tem cumprido o seu papel.

Nesse contexto, é importante destacar que se considera que o assistente social é o profissional mais indicado para certificar a garantia dos direitos do idoso por meio do programa.

Assim, propõe-se a seguinte melhoria no Hospital Regional do Paranoá: ampliar o número de assistentes sociais que atuam no Programa Girassol, de forma que uma parte dos profissionais atenda prioritariamente as demandas do cargo de coordenador do programa, enquanto os outros se encarregam de realizar os atendimentos sociais.

Dessa forma, os profissionais teriam uma demanda de trabalho menor e o Programa Girassol poderia aumentar sua área de abrangência, podendo então atender a demanda reprimida e garantir direitos sociais que vêm sendo negados aos idosos, devido a longas filas

de espera por atendimento pelo Programa e do não preenchimento da ficha de notificação por parte dos profissionais da ponta de atendimento.

Sugerimos como uma possibilidade de melhoria do atendimento ao idoso de vítima de violência a capacitação desses profissionais de saúde que ficam na ponta do atendimento, de forma que eles pudessem estar mais bem orientados sobre a importância do fluxo de atendimento e as diversas formas de violência.

Assim sendo, por meio deste trabalho foi possível confirmar a hipótese central da pesquisa, que defende que a atuação do assistente social junto aos idosos vítimas de violência que dão entrada no Hospital Regional do Paranoá é essencial, principalmente quando se tem em mente que esse é um dos profissionais que tem a tarefa de garantir os direitos sociais da população.

Porém, também foi concluído neste trabalho que a atual configuração da instituição não possibilita que a atuação do assistente social do Programa Girassol seja plena, principalmente quando se leva em consideração que o fluxo de atendimento é falho devido ao não preenchimento da ficha de notificação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante a realização deste projeto de pesquisa, o que mais se evidenciou foi que o processo de envelhecimento na sociedade é muito pouco discutido.

Tal fato aparece não somente nos depoimentos dos entrevistados, que veem o idoso como uma pessoa fraca e vulnerável, mas também no nosso cotidiano, na mídia, na literatura e nas artes, em que a cultura cobra a juventude eterna das pessoas.

Nesse sentido, enquanto nascer é sempre algo tão celebrado, o envelhecimento é frequentemente cercado de medos e dificuldades.

Um exemplo pode ser observado na colocação de uma cantora brasileira, que aos 29 anos afirma que está cada vez mais apavorada com a perspectiva de fazer 30 anos¹⁰. Aqui, pode-se observar que essa jovem artista se sente pressionada pela ditadura da beleza e da juventude, sendo que mesmo sem sinais de velhice, ela sabe que o velho não faz tanto sucesso quanto o novo.

É importante pontuar que essa reação vem de uma pessoa que tem dinheiro e sucesso, o que indica a possibilidade de uma velhice saudável e feliz. Agora, imaginemos o quão apavorados com o envelhecimento se sentem os idosos que passaram a vida inteira em situação de exploração e que foram sistematicamente vitimados pelas desigualdades desta sociedade.

Essa discussão é muito importante no atual contexto brasileiro, no qual o processo de envelhecimento não é igual para todos, e claramente, é muito mais penoso para a população carente, que não tem acesso à saúde, a condições dignas de trabalho, assistência social e aposentadoria.

Neste trabalho, o foco de estudo foi o idoso, principalmente no que tange a ideia do que é ser idoso, vítima de uma sociedade desigual, sendo que, essa sociedade, ao mesmo tempo que cria um estigma sobre o idoso, também é importante no contexto da luta política por direitos protetivos significativos. Uma das vitórias é o Estatuto do idoso, que muito avança na proteção dos indivíduos idosos.

¹⁰ Entrevista concedida ao site www.contigo.com.br na data de 20 de dezembro de 2011, com a manchete “Aos 29 anos, Sandy afirma ‘Tenho medo de envelhecer, é assustador’” Acesso no dia 26 de setembro de 2012.

No que tange da saúde, o Estatuto também garante ao idoso completo amparo, em especial no que tange à violência, e nesse aspecto, o Programa Girassol tem grande potencial dentro do HRP, locus de atuação dessa pesquisa.

O Programa Girassol é importante principalmente por não se referir somente ao atendimento médico, baseado nos aspectos físico-biológicos dos indivíduos, mas por vê-los como seres humanos a serem amparados também no âmbito psicológico e social.

Essa atuação é importante, principalmente quando se observa que é marcante a visão biológica sobre o envelhecimento, tendendo a ignorar as variáveis sociais que estão implicadas no processo.

Isso faz do atendimento aos idosos vítimas de violência um potencial garantidor de direitos. Contudo, observa-se que o principal profissional que pode garantir direitos não está sendo parte do atendimento aos idosos violentados, o que pode ter resultado no não acesso aos seus direitos por grande parte deles.

Considerando que o assistente social é o profissional capacitado para atuar nesse campo, é essencial, assim, sua atuação junto ao idoso.

Essa atuação se torna ainda mais latente quando se entende que é cada vez mais frequente no Brasil a violência contra o idoso, sendo que pode-se supor que essa violência está interligado ao fato de o agressor querer exercer poder sobre sua vítima – que é intrínseco ao estigma do idoso ser necessariamente uma figura vulnerável; e sendo ela em uma figura vulnerável, fica muito mais suscetível a atos de violência.

Tendo como objetivo observar a atuação do assistente social nesse âmbito específico, foi realizada esta pesquisa no Programa Girassol do Hospital Regional do Paranoá, para tentar perceber como se dá exatamente a atuação do profissional, sendo a questão colocada por esta pesquisa, onde as falhas no fluxo de atendimento que impediam a atuação desse profissional se encontravam.

Foi analisada a dificuldade de atuação do serviço social em situações de violência contra os idosos, pois os casos não chegavam até esse profissional, devido a falhas no fluxo de atendimento.

Uma das expressões dessa falha no fluxo de atendimento é o fato de que no ano de 2011, nenhum dos nove idosos vítimas de violência que foram atendidos no HRP obtiveram

atendimento psicossocial no Programa Girassol, considerando que o preenchimento incompleto da ficha de notificação tenha impossibilitado o contato com eles.

A ficha de notificação é um documento que tem como objetivo formalizar a denúncia de violência, e servir como instrumento de conexão entre a vítima e o assistente social. Portanto, ao não preencher a ficha, o profissional em questão acaba limitando o atendimento ao Pronto Socorro ou ao ambulatório, e conseqüentemente, impedindo o acesso do idoso a um atendimento integrado que não se limite apenas aos aspectos físicos.

Optou-se então por realizar entrevistas com os profissionais do HRP, tendo como um dos objetivos entender por que existe relutância por parte desses profissionais de saúde do HRP em preencher as fichas de notificação referente a esses casos, tendo em vista que essa é uma das formas de atender à legislação vigente e responder de forma integral às demandas do idoso.

Nesse sentido, um dos primeiros pontos abordados foi investigar qual o conceito de violência contra o idoso têm os profissionais de saúde, levantando-se a hipótese de que, devido à sua formação acadêmica, superestimam os aspectos biológicos do ser humano e que o profissional de saúde poderia estar não habilitado para diagnosticar outros tipos de violência.

Porém, o que foi notado na pesquisa é que o conceito de violência desses profissionais é bem abrangente; o que é subestimado, nesse caso, é o atendimento realizado aos idosos vítimas de violência.

Analisando os depoimentos dos entrevistados, chegou-se à conclusão que, devido ao baixo número de profissionais e elevado número de pacientes, existe uma tendência dentro do Hospital Regional do Paranoá de realizar atendimentos rápidos e superficiais, o que acabaria por impossibilitar um atendimento completo que evidenciaria sinais de violência.

Além disso, os entrevistados concordam que o instrumento da ficha de notificação não é apropriado para a realização do encaminhamento para o Programa Girassol, tendo em vista que ele é longo e não auto-explicativo.

Outra variável que dificulta o preenchimento da ficha de notificação nos casos relacionados à violência contra o idoso se refere ao fato de que os entrevistados acreditam que falta maior sensibilização quanto à importância do preenchimento da ficha de notificação,

tendo em vista que os profissionais de saúde que efetivamente atendem esses idosos não percebem com clareza a importância da ficha de notificação.

Considera-se que a ficha de notificação tem a importante função de evidenciar a violência contra o idoso, de forma que esse caso possa chegar ao alcance do assistente social, que realizará um atendimento diferenciado, abordando o idoso em sua integralidade.

Porém, o que fica claro é que, como não há o preenchimento da ficha de notificação nas pontas do atendimento, o caso não pode ser atendido pelo assistente social, o que acaba por delimitar esse atendimento aos aspectos médicos, ignorando a necessidade do idoso vítima de violência em ser fortalecido também no contexto psicológico e social.

Pode-se afirmar então que o não preenchimento da ficha de notificação é um dos primeiros fatores que impedem a garantia de direitos sociais dos idosos, levando em consideração que o profissional de saúde que atua nas pontas do atendimento no HRPA não possui a estrutura necessária para encaminhar o idoso vítima de violência para os serviços necessários, como preconiza o Estatuto do Idoso.

É nesse contexto que a figura do assistente social do Programa Girassol se faz necessária, no qual ele analisará todas as necessidades do idoso que foi vítima de violência, procurando os serviços na rede pública para atender a essas demandas.

Além do que, o atual assistente social do Programa Girassol demonstra em sua entrevista que entende a importância de articular com a sociedade uma cobrança por melhorias institucionais, de maneira que o Estado responda de forma efetiva às demandas da sociedade.

Sendo assim, observa-se que o problema na quebra de fluxo no atendimento aos idosos vítimas de violência no HRPA não ocorre devido ao despreparo do assistente social, mas principalmente por causa das limitações que a própria instituição impõe à prática profissional.

Nesse contexto, a crítica feita é que, principalmente pelo fato de no Programa Girassol só existir um profissional do Serviço Social, e de ele exercer a dupla função de assistente social e coordenador do programa, efetividade do atendimento acaba por ser comprometida.

É importante frisar a importância do aumento de número de assistentes sociais nesse processo, uma vez que se percebeu na pesquisa que esse profissional tem potencial para ser um articulador de superações das dificuldades que impedem a efetivação do direito do idoso.

Por isso, sugere-se, nesse sentido, uma maior conscientização da diretoria do Hospital Regional do Paranoá em relação à importância da atuação do assistente social, de forma que o número de profissionais dessa área no Programa Girassol se torne maior.

É importante ressaltar, também, que outro motivo apontado nas entrevistas como provável razão para o não cumprimento do fluxo de atendimento refere-se a não compreensão por parte dos profissionais de saúde da importância de preencher a ficha de notificação, sugerindo-se nesse aspecto uma maior intervenção no sentido de sensibilizar os profissionais da importância do cumprimento do fluxo.

Essa sugestão surge como uma resposta ao dado aparente na pesquisa de que a visão biológica dos profissionais, que é transmitida através da formação profissional e da literatura existente, acaba por reforçar o estigma sobre o idoso.

Portanto, como parte da obtenção do título de bacharel em Serviço Social, essa pesquisa proporcionou aprofundamento teórico no que tange às questões do envelhecimento, violência e Serviço Social. E, mais importante, conseguiu problematizar a visão estigmatizada do idoso.

Ao iniciar esta pesquisa, foi usado como parâmetro de discussão a ideia de o idoso vítima de violência ser, necessariamente, uma pessoa em situação de dependência. Porém, concluiu-se que, na verdade, qualquer idoso pode ser uma vítima de violência, principalmente quando se leva em consideração que essa parcela da população tem sido constantemente negligenciada pelo Estado e pela sociedade civil.

Dessa maneira, esta pesquisa proporcionou a oportunidade de reflexão crítica, o que possibilitará uma atuação diferenciada junto aos idosos vítimas de violência, com o objetivo maior de lutar pelo fortalecimento dos idosos, através da garantia de seus direitos. Sendo assim, o debate sobre o envelhecimento sairá do âmbito particular e surgirá no coletivo.

Por fim, propõe-se a leitura do extrato abaixo, tendo em mente que o idoso é uma figura que deveria ser respeitada pela sociedade por ter acumulado muita experiência de vida, e conseqüentemente, muita sabedoria. Sendo assim, é essencial que a sociedade dê a devida

atenção para seus idosos, nem que seja exigindo de forma coletiva que seus direitos sociais sejam garantidos, pois nós um dia chegaremos a essa etapa da vida.

“Quando você era bem pequeno, eles gastavam horas lhe ensinando a usar talheres nas refeições, ensinando você a se vestir, amarrar os cadarços, fechar os botões da camisa. Limpando-o quando você sujava suas fraldas, lhe ensinando a lavar o rosto, a se banhar, a pentear seus cabelos, lhe ensinando valores humanos. Por isso, quando eles ficarem velhos um dia (e seria bom que todos pudessem chegar até aí), quando começarem a ficar mais esquecidos e demorarem a responder... não se chateie com eles. Quando começarem a esquecer de fechar os botões da camisa, de amarrar os cadarços do sapato. Quando começarem a se sujar nas refeições, quando as mãos deles começarem a tremer enquanto penteiam os cabelos... por favor, não os apresse... porque você está crescendo aos poucos, e eles envelhecendo... basta sua presença, sua paciência, sua generosidade, sua retribuição para que os corações deles fiquem aquecidos. Se um dia eles não conseguirem se equilibrar ou caminhar direito, segure firme suas mãos e os acompanhe bem devagar, respeitando o ritmo deles durante a caminhada, da mesma forma como eles respeitaram o seu ritmo quando lhe ensinaram a andar. Fique perto deles, assim como eles sempre estiveram presentes em sua vida, sofrendo por você, torcendo por você e vivendo ‘por você’” (Autor desconhecido).

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

AREOSA, Silvia Virginia Coutinho. Novas configurações familiares a partir do idoso como provedor. III Mostra de Pesquisa da Pós-Graduação da PUCRS. Porto Alegre, 2008.

BEHRING, Elaine Rossetti. Política Social no contexto da crise capitalista. In ABEPSS. **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**- Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009. Páginas 302-321.

BERGER, K. S. The developing person through the life span. New York: Worth Publishers. 1994.

BERZINS, Marília Anselmo Viana da Silva. Envelhecimento populacional: uma conquista a ser celebrada. **Revista Serviço & Sociedade**. Ano XXIV número 75. Editora Cortez. São Paulo, 2003. Página 19-34.

BOSCHETTI, Ivanete. A Política da seguridade social no Brasil. In ABEPSS. **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**- Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009. Páginas 324-338.

BRASIL. Criação dos Núcleos de Estudo e Programas para os Acidentes e Violência, decreto nº 23.818- de 03 de junho de 2003- D.O. do DF de 04 de junho de 2003.

_____, Estatuto do Idoso, lei nº 10.741 - de 1º de outubro de 2003 - DOU de 03 de outubro de 2003.

_____, Lei Orgânica de Assistência Social, lei nº 8.742, de 07 de dezembro de 1993.

_____, Lei Orgânica da Saúde, lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

_____, Política Nacional do Idoso, lei nº 8.842, de janeiro de 2004.

BRASÍLIA, Manual para Atendimento às Vítimas de Violência na Rede de Saúde Pública do DF. Brasília: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. 2008. 68 páginas.

_____, Portaria nº 141 do Diário Oficial do Distrito Federal, página 24, de 17 de julho de 2012.

CAMARANO, A. A.; EL GHAOURI, S. K. Famílias com idosos: ninhos vazios? In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 13, 2002, Ouro Preto, MG. **Anais** Violências, o estado e a qualidade de vida da população brasileira. Belo Horizonte: ABEP, 2002. Disponível em: <http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/pdf/2002/Com_ENV_ST23_Camarano_texto.pdf>. Acesso em: 11 de junho de 2012.

CARVALHO, Maria Clotilde Barbosa Nunes Maia de. **O diálogo intergeracional entre idosos e crianças**: Projeto “Era uma vez... atividades intergeracionais”. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro- PUC-RIO. Rio de Janeiro, Julho de 2007.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico: resultados preliminares. São Paulo. Rio de Janeiro; 2010.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico. São Paulo. Rio de Janeiro; 1980.

CRESWELL, John. Projeto de Pesquisa: Métodos Qualitativo, Quantitativo e Misto. 3ª edição. Porto Alegre: Editora Artmed, 2010.

D’OLIVEIRA, A. SCHRAIBER, L. Violência de gênero como questão de saúde pública: a importância da formação de profissionais. **Rede Saúde**. Volume 19. 1999, p. 3-4.

FELIX, Jorgemar Soares. Economia da Longevidade: uma revisão da bibliografia brasileira sobre o envelhecimento populacional. **Encontro** Abres. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo- PUC, São Paulo, 2007. Disponível em: <http://www.pucsp.br/desenvolvimento_humano/Downloads/JorgeFelix.pdf>. Acesso em: 30 de agosto de 2012.

FERNANDES, M. G. M e SANTOS, S. R. Políticas públicas e direitos do idoso: Desafios da agenda social do Brasil contemporâneo. **Revista de Ciência Política** n.34, mar/abr 2007. p. 49-60. Disponível em: http://www.achegas.net/numero/34/idoso_34.pdf . Acesso em 30 agost. 2012.

GAIOLI, Cheila. RODRIGUES, Rosalina. Ocorrência de maus-tratos em idosos no domicílio. **Revista Latino-Americana em Enfermagem**. 2008.

GRUNBERG, E. M. The failures of success. In **Milbank Memorial fund Quarterly**, 1977, p. 3-24.

HERRERA, A. M. M. Consideraciones sobre maltrato y violencia en la vejez: a luz de calidad de vida. www.gerontologia.org. Acesso em 16 de maio de 2012.

JARAMILLO, D. URIBE, T. Rol Del personal de salud em La atención a lãs mujeres maltratadas. **Invest Educ Enferm**. 2001; ano XIX, v.1, p. 38-45.

LESSA, Sergio. Identidade e individuação. **Revista Katálisis**, volume 7, número 2. Julho/Dezembro de 2004. Florianópolis, Santa Catarina. Páginas 147-157.

LOBATO, Alzira Tereza Garcia. Serviço social e envelhecimento: perspectivas de trabalho do assistente social na área da saúde. In: BRAVO, Maria Inês Souza et al (org.). **Saúde e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2004, p.135-149.

MACHADO, Laura e QUEIROZ, Zally V. Negligência e Maus tratos In: FREITAS, Elizabete Viana et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

MANCUSSI E FARO, Ana Cristina. A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração. Trabalho apresentado à disciplina “A Reabilitação na saúde do adulto e do idoso” do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade de São Paulo - USP - São Paulo: USP, 2004.

MINAYO, M. C. S. Violência contra os Idosos: o avesso do respeito à experiência e à sabedoria. Brasília, DF; Secretária Especial de Direitos Humanos. 2004.

_____, M. C. S. e GOMES, S. F. D. Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade. 29ª edição. Petrópolis, Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2010.

NASRI, Fábio. O envelhecimento populacional no Brasil. **Revista Demografia e Epidemiologia do Envelhecimento**. São Paulo, 2008. Páginas 4 a 6.

NERI, A & FREIRE, S. (Org.) E por falar em boa velhice. Campinas, Papirus, 2000.

OLIVEIRA, M. C. R. de. FERNANDES, M. CARVALHO, R. R. O papel do idoso na sociedade capitalista contemporânea: Uma tentativa de análise. **V Jornada Internacional de Políticas Públicas**. Universidade do Maranhão. Centro de Ciências Sociais. Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas. 2011.

OMS- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Relatório Mundial sobre violência e saúde. Genebra, 2002.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília, 2005. 60 p.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). World Population Prospects. Nova York. 2007.

SANCHES, Ana. LEBRÃO, M. Lúcia. DUARTE, Yeda. Violência contra Idosos: uma questão nova? **Saúde e Sociedade**, volume 17, número 03. São Paulo, 2008. Página 90-100.

SCHNAIDER, Rodolfo. IRIGAY, Tatiana. O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. **Estudos da Psicologia**. Campinas, 2008.

SCHUTZ, A. Collected Papers II. The Hague: Martinus Nijhoff: 1976.

TELLES, R. Aos 29 anos, Sandy afirma: "Tenho medo de envelhecer, é assustador". Revista Contigo, Rio de Janeiro, 20 de dezembro de 2011.

TORRES, Mabel M. SÁ, Maria Auxiliadora A. S. Inclusão Social do Idoso: um longo caminho a percorrer. **Revista Ciências Humanas**, volume 1, número 2. Universidade de Taubaté- UNITAU. São Paulo, Brasil. 2008. 21 páginas.

VASCONCELOS, Jaílde Fontes. SANTOS, Núbia Dias dos. Idoso e pobre na sociedade periférica capitalista: uma questão de classe social. Universidade Federal de Sergipe. 2012. Tese (Graduação em Geografia).

VERAS, Renato. A longevidade da população: desafios e conquistas. **Revista Serviço & Sociedade**. Ano XXIV número 75. Editora Cortez. São Paulo, 2003. Página 5-18.

YAZBEC, Maria Carmelita. O significado sócio-histórico da profissão. In ABEPSS. **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**- Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009. Páginas 126-141.

WOLF, R.S. Elder abuse and neglect: an update. **Reviews in Clinical Gerontology**. Massachusetts, v. 7, 1997a, p. 177-182.

ZIMMERMAN, Guite I. Velhice: Aspectos Biopsicossociais. Porto Alegre: Artmed, 2000

ANEXOS

I. Termo de consentimento livre e esclarecido

Prezado (a),

O senhor foi convidado a participar da pesquisa “Violência contra o idoso: O papel atual do assistente social no atendimento das demandas em casos de violência contra o idoso no Hospital Regional do Paranoá”.

O objetivo de tal entrevista é analisar o seu ponto de vista sobre o atual papel do assistente social no atendimento das demandas de idosos vítimas de violência no Hospital Regional do Paranoá.

Para atender tal objetivo geral, será realizada entrevista com o senhor (a) com o objetivo de também conhecer em profundidade o fluxo de atendimento a idosos vítimas de violência, mapear o fluxo de atendimento a este no Hospital Regional do Paranoá, estudar a relação entre o preenchimento da ficha de notificação e o fluxo de atendimento ao idoso vítima de violência, conhecer o papel do médico no acolhimento ao idoso vítima de violência e traçar o perfil do idoso vítima de violência no Hospital Regional do Paranoá.

Entendemos que tal pesquisa será muito importante para melhor situar a atual forma de atendimento ao idoso vítima de violência e definir de forma mais clara a atuação do assistente social nesse fenômeno.

Convidamos o senhor (a) para participar da entrevista, e garantimos o total sigilo das informações relativas à sua privacidade que possam aparecer durante a entrevista.

Além do mais, estamos à disposição para tirar qualquer dúvida antes, durante e/ou depois do início da entrevista, além de resguardar o seu direito de desistir da entrevista a qualquer momento, sem risco de penalizações.

A entrevista será realizada uma vez apenas, no seu próprio local de trabalho e durante o seu expediente, no horário que lhe for conveniente. A duração da entrevista será de 1 hora a ser realizada em data combinada.

Os resultados da pesquisa estarão disponíveis no NEPS do Hospital Regional do Paranoá a partir de Julho de 2012, e também haverá uma palestra a ser realizada no próprio hospital para apresentação dos dados recolhidos em pesquisa. Além do mais, cópias dos resultados da pesquisa estarão disponíveis no departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília.

Este termo de consentimento livre e esclarecido será fornecido em duas vias e assinado pelo entrevistador e pelo entrevistado, e estará disponível para consulta se necessário. Uma das vias ficará com o pesquisador, e a outra com o entrevistado.

Estamos disponíveis para maiores informações pelo telefone (61)9974-8794 ou pelo email carolrenault@gmail.com.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF. As dúvidas com relação à assinatura do termo ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3325-4955.

Nome / assinatura

Pesquisador Responsável

Nome e assinatura

Brasília, ____ de _____ de _____

II. Roteiro de entrevista para profissional de saúde

Nome da instituição: _____

Nome/função do entrevistado: _____

Data da entrevista: ____ / ____ / ____

- 1) O que você considera um caso de violência contra o idoso?
- 2) Como você identificaria um caso de violência contra o idoso? Quais os sinais?
- 3) Como você conduziria o atendimento de um idoso vítima de violência?
- 4) Você recebeu treinamento específico para o atendimento de idosos vítimas de violência?
- 5) Se sim, como foi? Você já aplicou esse treinamento no seu cotidiano de atendimento?
- 6) Como você vê o fluxo de atendimento ao idoso vítima de violência?
- 7) Você já encaminhou algum idoso para outra instituição que não a sua?
- 8) Você tem conhecimento de quais órgãos que atuam no atendimento a idosos vítimas de violência?
- 9) Você sabe se nessa instituição há assistente social disponível para atendimento social?
- 10) E você sabe se nessa instituição possui uma equipe de Serviço Social?
- 11) Você já solicitou atendimento de algum assistente social da sua instituição?
- 12) Se você já solicitou, algum desses encaminhamentos foi de idosos vítimas de violência?
- 13) Como você imagina que seria a contribuição de um assistente social no atendimento de um idoso vítima de violência?
- 14) Como você imagina que seria o papel do médico no atendimento a vítima de violência?
- 15) Há algum projeto ou programa nessa instituição voltado para o atendimento de idosos (em situação de violência ou não)?
- 16) Nessa instituição já houve algum evento com fins educativos voltados para a atenção ao idoso?

☐ Sim ☐ Não

- 17) Você conhece a ficha de notificação compulsória para casos de violência?
- 18) Você foi instruído quanto à forma de preenchimento da ficha de notificação compulsória para casos de violência?

- 19) Você alguma vez já preencheu a ficha de notificação? Se sim, como foi a experiência?
- 20) Se tivesse alguma coisa que pudesse mudar/ reformular na ficha de notificação, o que seria?
- 21) Quem você acha que deveria ser o responsável pelo preenchimento da ficha de notificação?

III. Roteiro de entrevista para assistente social

Nome da instituição: _____

Nome/função do entrevistado: _____

Data da entrevista: / /
 — — —

- 1) O que você considera um caso de violência contra o idoso?
- 2) Como você identificaria um caso de violência contra o idoso? Quais os sinais?
- 3) Como você conduziria o atendimento de um idoso vítima de violência?
- 4) Qual você considera que é o papel do assistente social no atendimento de idosos vítimas de violência?
- 5) Você recebeu treinamento específico para o atendimento de idosos vítimas de violência?
- 6) Se sim, como foi? Você já aplicou esse treinamento no seu cotidiano de atendimento?
- 7) Como você vê o fluxo de atendimento ao idoso vítima de violência?
- 8) Você acha que o fluxo de atendimento ao idoso vítima de violência é efetivo? Se não, por quê?
- 9) Você mudaria alguma coisa no atual fluxo de atendimento? De que forma?
- 10) Você já encaminhou algum idoso para outra instituição que não a sua?
- 11) Você tem conhecimento de quais órgãos que atuam no atendimento a idosos vítimas de violência?
- 12) Você, no seu papel de assistente social, trabalha intersetorialmente? E intrasetorialmente?
- 13) Como você trabalha com a rede social nos casos de idosos vítimas de violência?
- 14) Na parte de Serviço Social, você trabalha com a prevenção de violência contra os idosos?
- 15) Se não, qual o motivo de não trabalhar?
- 16) Há algum projeto ou programa nessa instituição voltado para o atendimento de idosos (em situação de violência ou não)?
- 17) Nessa instituição já houve algum evento com fins educativos voltados para a atenção ao idoso?

☐ Sim ☐ Não

IV. Ficha de Notificação Compulsória (frente e verso)